



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Isabella Carvalho Oliveira Rocha

Avaliação da relação entre esquemas iniciais desadaptativos e o
coping em indivíduos com transtorno por uso de substâncias

**Uberlândia - MG
2019**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Isabella Carvalho Oliveira Rocha

**Avaliação da relação entre esquemas iniciais desadaptativos e o
coping em indivíduos com transtorno por uso de substâncias**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Ederaldo José Lopes
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Ferrarez
Fernandes Lopes

Uberlândia - MG
2019



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO JUNTO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

Programa de Pós-graduação em Psicologia – PGPSI

Defesa de: Dissertação de Mestrado Acadêmico - nº 313/2019/PGPSI

Data: 20/02/2019

Hora de início: 09h00min

Discente: Matrícula nº: 11712PSI014 Nome: Isabella Carvalho Oliveira Rocha

Título do Trabalho: “Avaliação da relação entre esquemas iniciais desadaptativos e o “coping” em indivíduos com transtorno por uso de substâncias”.


Área de Concentração: Psicologia

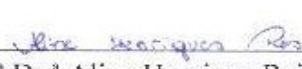
Linha de Pesquisa: Processos Cognitivos

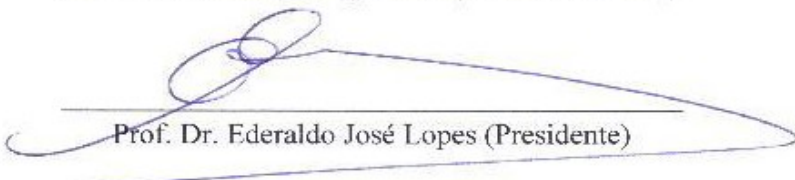
Projeto de Pesquisa de Vinculação: Processos Cognitivos e Emocionais: Fundamentos e Medidas.

Reuniu-se, na sala 2C46, do Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, composta pelos Professores (as) Doutores (as): Ederaldo José Lopes, orientador da candidata; Joaquim Carlos Rossini (membro interno) e Aline Henrique Reis (membro externo).

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa Prof. Dr. Ederaldo José Lopes, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa. A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu os conceitos finais. Em face do resultado obtido, a Banca considerou a candidata **APROVADA**. Esta defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre**. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU. Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos às 11 horas e 20 minutos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.


Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Membro Interno)


Prof.^a Dr.^a Aline Henrique Reis (Membro Externo)


Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Presidente)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R672a Rocha, Isabella Carvalho Oliveira, 1986
2019 Avaliação da relação entre esquemas iniciais desadaptativos e o coping em indivíduos com transtorno por uso de substâncias [recurso eletrônico] / Isabella Carvalho Oliveira Rocha. - 2019.

Orientador: Ederaldo José Lopes.

Coorientadora: Renata Ferrarez Fernandes Lopes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.1230>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Psicologia. 2. Ajustamento (Psicologia). 3. Terapia cognitivo-comportamental. 4. Transtornos do controle de impulsos. I. Lopes, Ederaldo José, 1967, (Orient.). II. Lopes, Renata Ferrarez Fernandes, 1970, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

CDU: 159.9

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Isabella Carvalho Oliveira Rocha

**Avaliação da relação entre esquemas iniciais desadaptativos e o
coping em indivíduos com transtorno por uso de substâncias**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Ederaldo José Lopes

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Banca Examinadora

Uberlândia, 20 de fevereiro de 2019

Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Presidente)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Examinador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof^ª. Dr^ª. Aline Henriques Reis (Examinadora)

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande, MS

Prof. Dr. Leonardo Gomes Bernardino (Examinador Suplente Interno)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof^ª. Dr^ª. Carmem Beatriz Neufeld (Examinadora Suplente Externa)

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, SP

**Uberlândia - MG
2019**

Dedicatória

Aos meus pais, com profunda gratidão, por todo o amor que me foi dado ao longo da minha caminhada, sempre me transmitindo a confiança e o suporte necessários para que eu pudesse chegar até aqui e continuar seguindo adiante. Dedico-lhes este trabalho por terem me ensinado que o conhecimento é o bem mais valioso que podemos ter e que jamais nos será roubado.

Agradecimentos

Começo agradecendo a Deus, por me abençoar ao longo de toda a minha vida e sempre me guiar pelos caminhos da luz, me oferecendo novas oportunidades de evolução a cada dia e me amparando nas dificuldades inerentes à nossa jornada, o que me permitiu realizar mais essa conquista.

À minha mãe, meu maior exemplo de força e resiliência, por sua doação e amor incondicionais e por nunca ter medido esforços para meu crescimento. E ao meu pai, que sempre será meu suporte e minha fortaleza, e, onde quer que esteja, estará acompanhando meus passos e realizações.

A toda minha família pelo imenso amor, incentivo, compreensão e apoio na realização de todos os meus sonhos e, principalmente, pela paciência nos momentos de ausência inevitáveis, porém necessários nessa caminhada. Obrigada por serem sempre meus principais alicerces.

Aos meus amigos, de infância e da vida, por sempre acreditarem em mim e vibrarem comigo em cada passo ao longo da minha jornada. Àqueles que, em especial, me ofereceram o carinho e apoio emocional fundamentais nos momentos de dificuldade, muitas vezes aliviando sentimentos de angústia e desânimo, me permitindo seguir firme e confiante na realização deste trabalho.

Às minhas queridas companheiras da Oficina da Vida (Universidade Federal de Uberlândia), que, mais que colegas de trabalho, são verdadeiros anjos na minha vida. Obrigada pelo suporte que sempre me ofereceram das mais variadas formas e pelo carinho e acolhimento tão “maternal” em todos os momentos em que precisei. Agradeço também, especialmente, por terem colaborado generosamente na execução deste projeto. Certamente você foram peças fundamentais na concretização de mais esta etapa.

À Diretoria de Qualidade de Vida do Servidor, por me apoiar e conceder a oportunidade de realização deste trabalho, possibilitando-me crescimento profissional e pessoal. E a esta instituição, Universidade Federal de Uberlândia, onde tive os recursos necessários para minha formação e aperfeiçoamento ao longo dos últimos 15 anos, e à qual presto meu serviço com profunda gratidão, dedicação e comprometimento.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ederaldo José Lopes e coorientadora Prof^a. Dr^a. Renata Ferrarez Fernandes Lopes, por quem tenho profunda admiração pela competência e sabedoria e gratidão por terem participado essencialmente na minha formação profissional desde a graduação. Obrigada pelo incentivo e confiança em meu trabalho e pela atenção, dedicação e prontidão em contribuir com tanta riqueza no desenvolvimento deste estudo.

Aos membros da banca de qualificação e defesa da dissertação pelas orientações prestadas e disponibilidade em contribuir com este trabalho. E aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pelos ensinamentos oferecidos.

Por fim, um agradecimento especial a todos os pacientes da Oficina da Vida que aceitaram participar desta pesquisa de forma tão receptiva e colaborativa, mesmo que muitas vezes em situações adversas e de tanto sofrimento. A vocês, minha sincera gratidão e imenso desejo de que este estudo possa ser mais um passo na busca de melhores resultados terapêuticos.

“Diz-se que, mesmo antes de um rio cair no oceano, ele treme de medo.

Olha para trás, para toda a jornada, os cumes, as montanhas, o longo caminho sinuoso através das florestas, através dos povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. Você pode apenas ir em frente. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E somente quando ele entra no oceano é que o medo desaparece. Porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas tornar-se oceano. Por um lado é desaparecimento e por outro lado é renascimento. Assim somos nós. Só podemos ir em frente e arriscar.”

Osho

Resumo

O transtorno por uso de substâncias psicoativas (TUS) é considerado complexo, cuja compreensão envolve fatores biopsicossociais e ambientais, e de difícil tratamento. Estudos têm demonstrado a eficácia das Terapias Cognitivas e Comportamentais (TCC) no tratamento da dependência química, como a Terapia do Esquema com Duplo Foco (TEDF), que combina técnicas da Terapia do Esquema (TE), em que um dos principais conceitos são os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), e da Prevenção de Recaída, focada em estratégias de enfrentamento. EIDs são padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas que se desenvolvem como resultado de experiências nocivas na infância. Em resposta a eles e ao sofrimento emocional associado, indivíduos geralmente desenvolvem vários mecanismos de enfrentamento desadaptativos, como o abuso de substâncias. Nesse sentido, o estudo teve por objetivo identificar a ocorrência e prevalência dos EIDs e estratégias de *coping* em indivíduos em atendimento na Oficina da Vida/PADEQ – Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), além de identificar possíveis correlações entre as variáveis. O estudo foi desenvolvido em uma amostra composta por 20 indivíduos de ambos os sexos (65% homens), com idades acima de dezoito anos (55% até 40 anos) e com diagnóstico de TUS. Os instrumentos utilizados foram o ASSIST – Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias, um questionário de dados sociodemográficos, o YSQ-S2 – Questionário de esquemas de Young – forma reduzida e o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Quase a totalidade (95%) apresentou grau de comprometimento de moderado a grave para o consumo de álcool e também foram observados padrões de consumo prejudiciais para as demais substâncias. Os resultados indicaram escores acima da média geral dos escores na amostra para grande parte dos EIDs, sendo autossacrifício o EID com maior média de respostas na amostra ($M=3,89$; $DP=1,35$), seguido de autocontrole/autodisciplina insuficientes ($M=3,35$; $DP=1,39$) e padrões inflexíveis ($M=3,35$; $DP=1,31$). Já a estratégia de *coping* com maior média de respostas foi fuga-esquiva ($M=2,25$; $DP=0,94$). Quanto às correlações entre as duas variáveis, os coeficientes mais significativos foram, respectivamente, entre merecimento e confronto ($\rho=0,513$; $p<0,05$), subjugação e confronto ($\rho=0,473$; $p<0,05$), vulnerabilidade ao dano e à doença e confronto ($\rho=0,469$; $p<0,05$), autossacrifício e confronto ($\rho=0,461$; $p<0,05$), isolamento social/alienação e autocontrole ($\rho=0,454$; $p<0,05$), subjugação e fuga-esquiva ($\rho=0,449$; $p<0,05$), padrões inflexíveis e fuga-esquiva ($\rho=-0,495$; $p<0,05$), dependência/incompetência e resolução de problemas ($\rho=-0,474$; $p<0,05$), inibição emocional e suporte social ($\rho=-0,447$; $p<0,05$). Os resultados indicaram, ainda, correlações entre diferentes estratégias de *coping* e EIDs em todos os domínios, o que reflete que indivíduos com transtornos complexos como o TUS e quadros comórbidos têm dificuldades no atendimento de todas as necessidades emocionais básicas, típicas de cada domínio de esquema, e apresentam formas de enfrentamento diversificadas, às vezes mais ou menos adaptadas. Os achados são consistentes com a literatura, sugerindo que, de fato, EIDs e estratégias de *coping* desadaptativas para lidar com o sofrimento emocional associado podem ser importantes fatores no desenvolvimento e manutenção do TUS. Nesse sentido, direcionar os modelos de tratamento para a modificação dos EIDs e para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e eficazes, como propõe a TEDF, parece ser promissor na busca de melhores resultados terapêuticos, o que ressalta a relevância clínica do presente trabalho.

Palavras-chave: transtorno por uso de substâncias; esquemas iniciais desadaptativos, *coping*, terapia do esquema com duplo foco.

Abstract

The substance use disorder (SUD) is considered complex, whose understanding involves biopsychosocial and environmental factors, and difficult to treat. Studies have demonstrated the efficacy of Cognitive and Behavioral Therapies (CBT) on SUD treatment, such as Dual Focus Schema Therapy (DFST), which combines Schema Therapy (TE) techniques, whose main concept is the early maladaptive schemas (EMS), and Relapse Prevention, focused on coping strategies. EIDs are self-defeating cognitive and emotional patterns that develop as a result of harmful experiences in childhood. In response to them and the associated emotional distress, individuals often develop multiple maladaptive coping mechanisms, such as substance abuse. In this sense, this study aimed to identify the occurrence and prevalence of EMS and coping strategies in outpatients of Oficina de Vida/PADEQ - Treatment Program for Substance Use of Uberlândia Federal University (UFU), and to identify possible correlations between the variables. The study was conducted in a sample of 20 individuals of both sexes (65% male), aged over 18 (55% up to 40 years) and with SUD diagnosis. The instruments used were ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), a sociodemographic questionnaire, the YSQ-S2 (Young Schema Questionnaire – Short Form) and the Folkman and Lazarus Coping Strategies Inventory. Almost the whole sample (95%) presented moderate to severe alcohol consumption levels and harmful consumption patterns to other substances were also observed. The results indicated scores above the overall mean scores in the sample for most of the EMS, with self-sacrifice being the EMS with the highest mean in the sample ($M=3.89$, $SD=1.35$), followed by insufficient self-control ($M=3.35$, $SD=1.39$) and unrelenting standards ($M=3.35$, $SD=1.31$). On the other hand, the coping strategy with the highest score was escape-avoidance ($M=2.25$, $SD=0.94$). In terms of the correlations between the two variables, the most significant coefficients were, respectively, between entitlement and confrontive coping ($\rho=.513$, $p<.05$), subjugation and confrontive coping ($\rho=.473$, $p<.05$), vulnerability and confrontive coping ($\rho=.469$; $p<.05$), self-sacrifice and confrontive coping ($\rho=.461$; $p<.05$), social isolation and self-control ($\rho=.454$, $p<.05$), subjugation and escape-avoidance ($\rho=.449$, $p<.05$), unrelenting standards and escape-avoidance ($\rho=-.495$; $p<.05$), dependence and planful problem-solving ($\rho=-.474$; $p<.05$) and emotional deprivation and seeking social support ($\rho=-.447$; $p<.05$). The results indicated correlations between different coping strategies and EMS in all domains, reflecting that individuals with complex disorders such as SUD and comorbid conditions have difficulties in meeting all the basic emotional needs, typical of each schema domain, and present different ways of coping, sometimes more or less adapted. The findings are consistent with the literature, suggesting that, in fact, EMS and maladaptive coping strategies to deal with the associated emotional distress may be important factors in the development and maintenance of SUD. In this sense, directing treatment models to EMS modification and more adaptive and effective coping strategies, as proposed by DFST, seems to be promising in the search for better therapeutic results, which highlights the relevance of the present study.

Keywords: substance use disorder; early maladaptive schemas, coping, dual focus schema therapy.

Sumário

1. Introdução.....	12
1.1. O transtorno por uso de substâncias	12
1.2. A terapia cognitivo comportamental na compreensão dos comportamentos aditivos..	17
1.3. A terapia do esquema e o transtorno por uso de substâncias	21
1.3.1. Esquemas iniciais desadaptativos	24
1.3.2. Estilos de enfrentamento	32
1.3.3. Esquemas iniciais desadaptativos e o transtorno por uso de substâncias	36
1.3.4. A terapia do esquema com duplo foco (TEDF)	41
1.4. Estratégias de enfrentamento (coping) nos comportamentos aditivos.....	43
1.5. Considerações.....	55
1.6. Objetivos	56
2. Método.....	56
2.1. Participantes	56
2.1.1. Caracterização da amostra – dados sociodemográficos	57
2.1.2. Caracterização da amostra – padrão de consumo de substâncias	59
2.2. Instrumentos	61
2.2.1. ASSIST	61
2.2.2. Questionário de Dados Sociodemográficos	62
2.2.3. Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2)	62
2.2.4. Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	64
2.2.5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	66
2.3. Procedimentos	66
2.3.1. Riscos.....	68
2.3.2. Benefícios.....	68
2.4. Metodologia e Análise dos Dados	68
3. Resultados	69
3.1. Médias de respostas dos EIDs na amostra.....	69
3.2. Médias de respostas das estratégias de coping na amostra.....	70
3.3. Correlação entre as variáveis EIDs e estratégias de coping	70
4. Discussão	71
4.1. Dados gerais da amostra – sociodemográficos e padrão de consumo de substâncias.	71

4.2. Prevalência dos EIDs na amostra	72
4.3. Prevalência das estratégias de coping na amostra	87
4.4. Correlação entre EIDs e estratégias de coping	93
5. Considerações finais	98
6. Referências	103
7. Anexos	56
<i>Anexo 1 – ASSIST</i>	<i>113</i>
<i>Anexo 2 – Questionário de Dados Sociodemográficos</i>	<i>115</i>
<i>Anexo 3 – Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2)</i>	<i>116</i>
<i>Anexo 4 – Inventário de Estratégias de Coping</i>	<i>119</i>
<i>Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE</i>	<i>122</i>
<i>Anexo 6 – Autorização da Instituição Coparticipante</i>	<i>124</i>
<i>Anexo 7 – Parecer Consubstanciado do CEP</i>	<i>125</i>
8. Lista de Tabelas	
<i>Tabela 1 – Dados sociodemográficos da amostra</i>	<i>57</i>
<i>Tabela 2 – Necessidade de intervenção para cada substância</i>	<i>60</i>
<i>Tabela 3 – Escores médios para cada substância.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabela 4 – Exemplos de afirmativas do instrumento YSQ-S2 e os respectivos EIDs avaliados.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabela 5 – Exemplos de afirmativas do instrumento Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus e os respectivos fatores avaliados</i>	<i>65</i>
<i>Tabela 6 – Médias e Desvios-Padrão dos EIDs na amostra.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabela 7 – Médias e Desvios-Padrão das estratégias de coping na amostra.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabela 8 – Coeficientes de correlação (Spearman) significativos entre EIDs e estratégias de coping.....</i>	<i>71</i>
9. Lista de Figuras	
<i>Figura 1 – Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída</i>	<i>45</i>

1. Introdução

1.1. O transtorno por uso de substâncias

O consumo de substâncias psicoativas tem crescido constantemente no cenário mundial e tem sido considerado uma grande preocupação de saúde pública, estando disseminado por todas as classes sociais, faixas etárias e culturas. Mais especificamente no Brasil, o uso de álcool e outras drogas tem atingido níveis alarmantes, gerando, como consequência, inúmeros problemas sociais e de saúde na população geral, sendo que nenhuma classe social está livre de problemas dessa natureza.

Segundo o último Relatório Mundial sobre Drogas, lançado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2018), aproximadamente 275 milhões de pessoas fazem uso de drogas no mundo, o que corresponde a 5,6% da população adulta global, com idades entre 15 e 64 anos. Dessas, cerca de 31 milhões de pessoas usam drogas de forma problemática e apresentam transtornos relacionados, incluindo a dependência de substâncias. Este número tem aumentado nos últimos 10 anos. Aliado a isso, as mortes causadas diretamente pelo uso de drogas aumentaram em 60%, entre 2000 e 2015, sendo que as mortes precoces são responsáveis pela perda de, em média, 37 anos de vida por indivíduo.

Do uso social ao problemático, o álcool é, atualmente, a droga mais consumida no mundo. Como consequência, seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida útil perdidos. Particularmente, quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o uso do álcool assume uma importância ainda maior, sendo o índice de anos de vida útil perdidos neste continente quatro vezes maior do que a média mundial (Laranjeira, Pinsky, Zaleski, & Caetano, 2007).

Conforme dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, desenvolvido pela parceria entre o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, 22,8% da população já usaram algum tipo de droga na vida (exceto álcool e tabaco). Já quando se trata especificamente do uso de álcool, esse número aumenta para 74,6%, com 12,3% dos indivíduos (com idades entre 12 e 65 anos) preenchendo critérios para a dependência. Estes percentuais são maiores quando comparados ao primeiro levantamento realizado em 2001 (Carlini *et al.*, 2006). Neste mesmo estudo, 37% dos entrevistados afirmaram ter presenciado alguém sob efeito de drogas nos últimos 30 dias.

Além disso, diversos estudos também têm associado o uso indevido de álcool e demais drogas a outros problemas relevantes como violência doméstica, lesões corporais, tentativas e atos de homicídio e suicídio, além de prejuízos em relacionamentos interpessoais e problemas de ordem ocupacional. De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado em 2012, 33,6% dos bebedores referem já ter agredido alguém quando alcoolizados, sendo os índices de violência urbana (ameaça com armas, envolvimento em brigas, ficha na polícia) maiores entre os bebedores que na população geral. Entre tais índices, os dados sugerem que o abuso ou dependência de álcool estão associados a 2,7 vezes mais chances de ocorrências e o uso de drogas ilícitas a uma probabilidade 2,3 vezes maior, enquanto os fatores educação e classe social não apresentaram algum tipo de associação à violência urbana (Laranjeira, Madruga, Pinsky, Caetano, & Mitsuhiro, 2014). Ainda, segundo o mesmo levantamento, 10% da população referiu que alguém já se machucou em consequência do seu consumo de álcool, 9% afirmam que o uso de álcool já teve efeito prejudicial na sua família ou relacionamento, 8% admitem que seu uso de álcool influenciou de forma prejudicial seu trabalho e 4,9% dos bebedores já perderam o emprego devido ao consumo de álcool. Além disso, em 50% dos casos de violência doméstica na população o

abusador estava alcoolizado. O índice de depressão é de 41% entre os bebedores abusivos, enquanto na população geral é de 25%, sendo que, entre os 5% da população geral brasileira que tentou o suicídio, 24% o fizeram sob efeito de álcool (Laranjeira *et al.*, 2014).

Comparativamente, em relação ao uso de cocaína e crack, por exemplo, a situação também é alarmante. Dados de 2012 mostram que 4,5% dos adultos (5,6 milhões de brasileiros) já experimentaram cocaína ou crack, sendo que 2% usaram no último ano. Da amostra de usuários, 48% preenchiam critérios para dependência (Silva, 2013a). Aliado a isso, o transtorno por uso de substâncias, assim como é chamado o padrão sintomático decorrente do uso indevido de qualquer substância química, é comumente associado a outras comorbidades, como transtornos de humor, ansiedade e de personalidade, o que, em grande parte dos casos, colabora para o desenvolvimento e manutenção do comportamento aditivo e para um agravamento da sintomatologia e do prognóstico (Silva, 2013a).

O atual conceito de dependência química é resultado de uma evolução de ideias cujas primeiras tentativas de abordagem científica têm menos de 300 anos e as definições mais próximas da atual, pouco mais de um século. Em comparação ao consumo de substâncias, que ocorre há milhares de anos, é um conceito muito recente (Ribeiro & Rezende, 2013).

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5) (5ª edição: American Psychiatric Association [APA], 2014) define que a característica essencial de um transtorno por uso de substâncias (TUS) consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância. Conforme o *DSM-5* (APA, 2014), de modo geral, o diagnóstico do TUS baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso, definidos pelos agrupamentos gerais de critérios de baixo controle, prejuízo social, uso arriscado da substância e critérios farmacológicos, a saber:

A) Baixo Controle (Critérios 1-4)

O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente (Critério 1). O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso (Critério 2). O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos (Critério 3). Em alguns casos de transtornos mais graves por uso de substância, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno da substância. A fissura se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente (Critério 4). (APA, 2014, p. 483)

B) Prejuízo social (Critérios 5-7)

O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar (Critério 5). O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos (Critério 6). Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância (Critério 7). O indivíduo pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância. (APA, 2014, p. 483).

C) Uso arriscado da substância (Critérios 8 e 9)

Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física (Critério 8). O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar

ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (Critério 9). A questão fundamental na avaliação desse critério não é a existência do problema, e sim o fracasso do indivíduo em abster-se do uso da substância apesar da dificuldade que ela está causando. (APA, 2014, p. 483).

D) Critérios farmacológicos (Critérios 10 e 11)

A tolerância é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual. O grau em que a tolerância se desenvolve apresenta grande variação de um indivíduo para outro, assim como de uma substância para outra, e pode envolver uma variedade de efeitos sobre o sistema nervoso central (Critério 10). (...) Abstinência (Critério 11) é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los. Os sintomas de abstinência apresentam grande variação de uma classe de substâncias para outra, e conjuntos distintos de critérios para abstinência são fornecidos para as classes de drogas. (...) Não são necessárias tolerância nem abstinência para um diagnóstico de transtorno por uso de substância. (APA, 2014, p. 484).

O TUS, segundo o *DSM-5* (APA, 2014), caracteriza-se por um padrão problemático de uso que leva a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, com graves consequências sociais e clínicas. Por ser compreendido como um transtorno de etiologia múltipla, com fatores biopsicossociais envolvidos, é considerado de difícil tratamento. Não

somente aspectos biológicos como idade, sexo e herança genética devem ser considerados em sua compreensão, como também fatores psicológicos, tais como estratégias de enfrentamento, capacidade de resolução de problemas e de regulação emocional, habilidades sociais e funcionamento cognitivo (Maciel, Tractenberg, Habigzang, & Wainer, 2013).

1.2. A terapia cognitivo-comportamental na compreensão dos comportamentos aditivos

A dependência de substâncias é considerada um transtorno complexo, cuja compreensão envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Tais fatores, de forma integrada, ajudam a explicar o porquê, estabelecida a dependência, é tão difícil abandoná-la. Durante anos acreditava-se que fatores únicos poderiam explicar isoladamente os comportamentos aditivos. Hoje, apesar de alguns modelos explicativos concentrarem-se em fatores distintos, certamente um modelo multidimensional e integrativo é a melhor maneira de compreender a dependência de substâncias (Marlatt & Donovan, 2009). Dessa forma, como não somente os componentes fisiológicos estão presentes neste agrupamento de sintomas, mas também os processos cognitivos e comportamentais participam no desenvolvimento e manutenção da dependência e no processo de recaída, o estudo das cognições se faz necessário para compreender seus efeitos no comportamento aditivo.

No que diz respeito aos mecanismos neurobiológicos associados aos aspectos motivacionais da dependência do álcool, por exemplo, um estudo de Gilpin e Koob (2008) discutiu os papéis que os sistemas de recompensa e estresse do cérebro desempenham no comportamento aditivo. Segundo os autores, na dependência do álcool, sintomas motivacionais e afetivos negativos (ex. ansiedade, tristeza, raiva, irritabilidade), que se manifestam na ausência da substância, se constituem como um estímulo aversivo, enquanto sintomas positivos, como a euforia induzida pelo consumo, se constituem um estímulo reforçador do mesmo. Dessa forma, estímulos relacionados tanto ao consumo quanto à

abstinência podem motivar a resposta subsequente de busca pelo álcool (Gilpin e Koob, 2008).

O comportamento de beber é dirigido tanto pelo processo de reforçamento positivo, quando um estímulo (ex. euforia, prazer) aumenta a probabilidade de o indivíduo emitir uma certa resposta (ex. beber), como pelo reforço negativo, quando a probabilidade de uma resposta (ex. comportamento de busca pelo álcool) aumenta ao permitir ao indivíduo aliviar-se na presença de um estímulo aversivo (ex. emoções negativas). No entanto, o papel de cada um destes processos muda ao longo da transição do uso moderado do álcool ao abuso ou dependência (Gilpin & Koob, 2008).

Mudanças no valor reforçador do álcool para o indivíduo refletem, na verdade, alterações neurais (contra) adaptativas resultantes de uma exposição crônica a altas doses da substância no cérebro. Uma vez que a neuroadaptação ocorre, a retirada do álcool do organismo leva à síndrome de abstinência. Assim, durante os estágios iniciais de uso leve a moderado do álcool, o comportamento de beber geralmente é motivado pelos efeitos do reforçamento positivo descritos acima, enquanto nos estágios mais avançados, de abuso ou dependência, o papel do reforço negativo assume um valor maior. A transição para a dependência envolve uma desregulação não somente dos circuitos neurais envolvidos no sistema de recompensa cerebral, mas também dos circuitos que mediam o comportamento de resposta a estressores, uma vez que o álcool interage com diversos neurotransmissores de ambos os sistemas (Gilpin & Koob, 2008).

Vários modelos teóricos de tratamento para usuários de álcool e outras drogas foram desenvolvidos ao longo dos anos, embora ainda sejam poucos os que demonstrem eficácia na manutenção da abstinência por períodos prolongados. Estudos têm demonstrado a eficácia das Terapias Cognitivas e Comportamentais (TCC) para o tratamento da dependência química e problemas associados. No campo de estudo do abuso de álcool e outras drogas há claras

evidências de que a compreensão de comportamentos e cognições disfuncionais é relevante. A TCC é, sem dúvidas, o modelo de terapia mais amplamente utilizado e tem sido considerada uma efetiva proposta de tratamento para a dependência de substâncias e outros transtornos associados (Silva, 2013b).

Para Zanelatto (2011), a TCC é definida como um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas, considerando fatores cognitivos e comportamentais, tidos como precipitadores ou mantenedores do comportamento aditivo. Este modelo parte do pressuposto de que o terapeuta deve adotar um estilo mais ativo e uma relação colaborativa com o paciente a fim de melhor delinear uma conceituação cognitiva acerca do problema. Por meio de sessões estruturadas, o terapeuta dispõe de ferramentas como a orientação de metas para a recuperação, exame e questionamento de pensamentos relacionados à dependência, análise de vantagens e desvantagens do uso, tarefas para a casa, dentre outras.

De forma semelhante a outros transtornos, como a ansiedade e depressão, o modelo cognitivo do abuso de substância se baseia na compreensão do papel que experiências nas fases iniciais da vida exercem no surgimento e manutenção do problema, mediante o desenvolvimento de esquemas, crenças nucleares básicas e condicionais. A partir da experiência do uso de drogas, crenças particularmente relacionadas a ela serão desenvolvidas, algumas facilitando e outras evitando seu uso (Figlie, Bordin, & Laranjeira, 2004).

Após o início do uso de substâncias, estímulos eliciadores internos (estados físicos, de humor ou emoções, como ansiedade, tristeza, frustração, etc.) e externos (conflitos interpessoais, disponibilidade de drogas, convite para o uso, festas, etc.) se associam a um uso contínuo, ativando crenças relacionadas (“Sou mais sociável quando bebo”) e certos pensamentos automáticos (“Só um pouquinho”; “Todos estão se divertindo”; “Eu mereço”). Como consequência, deverá ser ativada a fissura e crenças facilitadoras do uso (“Todos estão

fazendo isso; vai ser só uma carreira”), consideradas situações de risco (Figlie *et al.*, 2004; Rangé & Marlatt, 2008). Por exemplo, em relação ao consumo do álcool, o papel de reforçamento positivo resultante de seus efeitos deve ser considerado, uma vez que se trata de uma das principais substâncias que facilitam a sociabilidade. Enquanto isso, o reforçamento negativo também atua através de redução da tensão e do humor negativo, do alívio da dor e da desinibição social (Rangé & Marlatt, 2008).

A abordagem cognitivo-comportamental no transtorno por uso de substâncias tem uma longa tradição e integra modelos variados para lidar com um problema tão grave (Rangé & Marlatt, 2008). Pode ser aplicada em diferentes contextos (ambientes hospitalares e ambulatoriais) e sob diferentes modalidades (individual, grupal e familiar), além de dispor de diversas técnicas que podem ser combinadas com outras modalidades de tratamento, como a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001) e a Prevenção de Recaída (Marlatt & Donovan, 2009). Mais especificamente, a terapia comportamental foca em estratégias para modificação e melhora do estado motivacional e modificação de comportamentos de risco. Já a terapia cognitiva, por sua vez, se complementa à abordagem comportamental por dar maior ênfase às experiências internas e crenças associadas (pensamentos, sentimentos, desejos), com foco na reestruturação de crenças disfuncionais que levam à dependência (Silva & Serra, 2004).

De acordo com o modelo cognitivo de Aaron Beck, segundo Silva (2013b) o afeto e o comportamento de um indivíduo são, em grande parte, determinados pelo modo como ele interpreta sua vivência no mundo. Nesse sentido, uma mesma situação pode desencadear diferentes emoções e comportamentos, dentre eles o uso de substâncias psicoativas. Quando um indivíduo com crenças disfuncionais sobre si mesmo e sua realidade entra em contato com substâncias psicoativas, um segundo grupo de crenças mais específicas relacionadas ao uso

pode se desenvolver, como “só consigo aliviar a ansiedade bebendo um pouco” ou “usando cocaína me torno mais sociável”.

Dessa forma, tais crenças, associadas aos sentimentos desagradáveis que desencadeiam, levam o indivíduo ao comportamento de busca e uso da substância. As diversas crenças em relação a si, ao mundo e ao outro e aquelas relacionadas ao uso da droga interagem formando uma complexa rede de avaliações e sentimentos cuja conclusão final é “eu preciso usar”, de modo que o comportamento de busca e uso se repete continuamente (Silva, 2013b). No entanto, apesar de representar um modelo consolidado no entendimento dos transtornos por uso de substância, a TCC clássica enquanto intervenção terapêutica ainda possui altos índices de recaída. Por essa razão, esse modelo vem sendo expandido e novas abordagens têm sido propostas, principalmente para manejo de pacientes difíceis, como, por exemplo, aqueles com outros transtornos mentais em comorbidade (Maciel *et al.*, 2013).

1.3. A terapia do esquema e o transtorno por uso de substâncias

Uma das abordagens cognitivas que vêm sendo estudadas no contexto da dependência química é a Terapia do Esquema (TE), proposta por Jeffrey Young, ampliando a compreensão do transtorno para além de um processamento cognitivo permissivo, dando maior ênfase nos fatores individuais associados à recaída (Maciel *et al.*, 2013). Inicialmente desenvolvida como um modelo de tratamento para transtornos da personalidade, a TE passou a expandir suas fronteiras para tratar diferentes problemáticas, como o abuso de substâncias, por exemplo.

Desde seus primórdios, a TE buscou colaborar com os princípios gerais da TCC tanto teoricamente como em relação à prática clínica. Na tentativa de superar obstáculos frequentes com pacientes caracterológicos, Young indicou pressupostos falhos da TCC tradicional, fornecendo novos conceitos e posturas terapêuticas para uma maior eficiência com essa população (Wainer, 2016). A TE proporciona uma nova abordagem psicoterápica

especialmente adequada a pacientes com transtornos psicológicos crônicos arraigados, até então considerados difíceis de tratar. O autor desenvolveu a TE como uma abordagem sistemática, que amplia significativamente os tratamentos e conceitos cognitivo-comportamentais tradicionais, integrando elementos das teorias do apego, da Gestalt, de relações objetais, construtivista e psicanalítica em um modelo conceitual rico e integrativo (Wainer & Rijo, 2016; Young, Klosko, & Weishaar, 2008).

Young desenvolveu um sistema conceitual e de desenvolvimento da personalidade complementar às teorias cognitivas da época, compreendendo a estruturação da personalidade como um processo de interação entre a base filogenética herdada, as quais definem o temperamento, e as heranças ontogenéticas (aprendizagens) no decorrer da vida (Wainer, 2016). Alguns aspectos deste modelo, além de ampliarem conceitos da TCC tradicional, trouxeram novos desafios para a prática clínica, como a mudança do foco na abordagem terapêutica, com ênfase na relação terapeuta-paciente, a construção de uma aliança terapêutica mais sólida e estável, bem como uma maior importância dada às relações parentais da infância (Trindade, Mossatti, & Mazzoni, 2009). Nesse sentido, a TE tem sido considerada de grande valia no entendimento da relação entre as vivências da infância e o desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta (Wainer & Rijo, 2016).

Essa abordagem surge como um modelo mais amplo e integrador tanto em termos conceituais como em relação a estratégias de tratamento. O construto básico da TE, inicialmente, é a noção de esquemas, conceito já utilizado em vários campos teóricos, como nos modelos de Piaget e Beck. O termo tem uma história rica na psicologia, mais amplamente na área do desenvolvimento cognitivo. Segundo Rijo (2009), o conceito de estrutura cognitiva ou de esquema tem se apresentado como um dos constructos teóricos mais utilizados pelos pesquisadores para explicar o comportamento humano, especialmente aquele associado à psicopatologia.

Nessa perspectiva, os esquemas foram descritos como estruturas cognitivas, formadas por uma rede estruturada e interrelacionada de crenças, pressupostos e regras, que codificam e interpretam as informações no ambiente, modulando e orientando as atitudes e posturas do indivíduo nos diversos contextos de sua vida (Beck, Freeman, & Davis, 2005). Adquiridos precocemente no desenvolvimento, são moldados por experiências pessoais e agem como “filtro” pelos quais as informações e experiências são processadas, integrando os eventos e atribuindo significados a eles (Knapp & Beck, 2008).

Enquanto a terapia cognitiva de curto prazo focaliza principalmente os três principais níveis de fenômenos cognitivos – pensamentos automáticos, distorções cognitivas e suposições subjacentes –, a TE propõe maior ênfase no nível mais profundo de cognição, os esquemas (Young, 2003). Nesse campo, um esquema é um padrão imposto à realidade para ajudar os indivíduos a explicá-la, mediar a percepção e guiar suas respostas, definindo-se como uma representação abstrata das características distintivas de um evento, uma espécie de esboço de seus elementos de maior destaque (Young *et al.*, 2008).

Para a Psicologia Cognitiva, segundo Young *et al.* (2008), os esquemas foram definidos como qualquer princípio organizativo amplo que um indivíduo use para entender a própria experiência de vida. Para o autor, o esquema é a estrutura mais profunda do pensamento, que direciona outros níveis de cognição. Nesse sentido, relacionando os esquemas ao conceito de crenças centrais de Beck, pode-se entender que o esquema seja a estrutura mais abrangente e a crença central seu respectivo componente cognitivo (Falcone & Ventura, 2008). Young *et al.* (2008), ainda, trazem um conceito importante de que os esquemas, formados em etapas iniciais da vida, vão se tornando mais complexos e superpostos a experiências posteriores, mesmo quando não mais aplicáveis, causando uma visão imprecisa ou distorcida de si mesmo, do mundo e do futuro. É através dos esquemas que o indivíduo seleciona e elabora as informações do ambiente para interpretar e atribuir

significado aos eventos que acontecem a si e aos outros, moldando seu funcionamento emocional e comportamental. Passadas três décadas da fundação da TE a abordagem evoluiu com foco primário nas necessidades emocionais não atendidas. A essência da TE é ajudar os pacientes a encontrar suas necessidades emocionais básicas, além de formas mais satisfatórias de supri-las (Lockwood & Perris, 2015).

1.3.1. Esquemas iniciais desadaptativos

No modelo de Young *et al.* (2008) são definidos subconjuntos de esquemas, que geralmente se desenvolvem como resultado de experiências nocivas na infância e que estão na base de vários transtornos, chamados esquemas desadaptativos remotos, ou esquemas iniciais desadaptativos (EID). Em síntese, estes esquemas são padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas formados por memórias, emoções e vivências negativas, desenvolvidos durante a infância ou adolescência e repetidos ao longo da vida, tornando-se disfuncionais em nível significativo.

Da mesma forma que os esquemas propostos pela terapia cognitiva tradicional, os EIDs também armazenam crenças, suposições e regras. Entretanto, refletem conteúdos mais primitivos e que formam a base inicial para o desenvolvimento da maioria de outros esquemas mentais. Além disso, vistos como absolutamente verdadeiros, são bastante refratários à avaliação lógica de seu conteúdo (Wainer & Rijo, 2016). Para o indivíduo, os EIDs são verdades *a priori* que influenciam o processamento de suas experiências posteriores, cumprindo um papel crucial na forma como esse indivíduo irá pensar, sentir, agir e se relacionar com outros. Paradoxalmente, os esquemas levam os indivíduos a recriar, inadvertidamente, quando adultos, as condições da infância que lhes foram mais prejudiciais (Young *et al.*, 2008).

Segundo Wainer e Rijo (2016), os EIDs são gerados pela interação entre o temperamento emocional (geneticamente herdado), as experiências com figuras de afeto da infância e o nível de gratificação das necessidades emocionais básicas de cada período do desenvolvimento. Pode-se dizer que os esquemas compartilham as seguintes características: (a) desenvolvem-se pela interação entre o temperamento e repetidas experiências disfuncionais com os pais, irmãos e pares nos primeiros anos de vida, constituindo o núcleo do autoconceito da pessoa e de sua concepção do ambiente; (b) são profundamente arraigados, autoperpetuadores e, portanto, resistentes à mudança; (c) interferem na satisfação das necessidades centrais de autonomia, conexão e autoexpressão; (d) geram altos níveis de consequências autodestrutivas ou prejuízo ao outro; (e) são desencadeados por eventos cotidianos relevantes ao esquema específico ou estados de humor e (f) estão muito mais ligados a altos níveis de afeto, quando ativados, do que às suposições subjacentes (Young, 2003; Ball, 1998).

Em essência, o conceito de esquemas é similar à noção de crenças centrais, assumidas como altamente estáveis e duradouras e responsáveis pela fraca resposta ao tratamento de uma variedade de problemas clínicos (Riso *et al.*, 2006). Os EIDs impossibilitam o preenchimento de necessidades emocionais essenciais do ser humano, que incluem vínculo seguro com outras pessoas, proteção, estabilidade e segurança; autonomia, competência e senso de identidade; liberdade para expressar necessidades e emoções; espontaneidade e diversão; limites precisos e autocontrole (Young *et al.*, 2008).

Young *et al.* (2008) definiram 18 EIDs categorizados em cinco grandes domínios de esquemas referentes a necessidades emocionais não satisfeitas nas fases iniciais do desenvolvimento, que são, na realidade, necessidades universais e fundamentais para todos os seres humanos. São elas: (1) vínculos seguros com outros indivíduos (segurança, estabilidade, cuidado e aceitação); (2) autonomia, competência e senso de identidade; (3) liberdade de

expressão, necessidades e emoções válidas; (4) espontaneidade e lazer; (5) limites realistas e autocontrole (Young *et al.*, 2008).

Os domínios de esquemas referem-se a intervalos temporais entre o início da infância e o começo da adolescência, nos quais estas necessidades devem ser supridas pelos cuidadores e pelo ambiente, a fim de que a criança possa desenvolver esquemas mentais básicos saudáveis, que serão as bases para o desenvolvimento dos diferentes papéis sociais e pessoais que o indivíduo utilizará em sua vida diária (Wainer, 2016). As experiências que ocorrem nestes intervalos temporais exercem um papel fundamental na origem da personalidade normal ou patológica, uma vez que serão elas que possibilitarão ou não o preenchimento de tais necessidades emocionais básicas da criança. Quando os relacionamentos afetivos que se estabelecem na infância não são capazes de suprir minimamente essas necessidades, surgirão os EIDs respectivos ao domínio de esquemas em questão e às crenças disfuncionais geradas pela criança para justificar a carência do meio em que está inserida (Wainer, 2016).

Destaca-se, então, que, para a TE, as necessidades básicas não atendidas são o fundamento a partir do qual EIDs se estabelecem em um indivíduo (Lockwood & Perris, 2015). Dessa forma, é importante compreender como essas necessidades interagem umas com as outras e como elas podem trabalhar de forma sinérgica. Os domínios emergem no psiquismo do indivíduo, à medida que necessidades emocionais são solapadas em períodos específicos do desenvolvimento infantil.

O primeiro domínio de esquemas é o de Desconexão e Rejeição, ligado à frustração das necessidades de proteção, segurança, estabilidade, cuidado, empatia, aceitação e respeito. Nesse domínio, o sentimento de ser socialmente desejável, hábil e estar conectado a outros de maneira estável, duradoura e confiante não é suficientemente desenvolvido na infância, sendo a família de origem tipicamente desligada, negligente, rejeitadora, explosiva, imprevisível ou

abusiva. Indivíduos com esquemas neste domínio costumam evitar relacionamentos íntimos por serem incapazes de formar vínculos seguros e satisfatórios (Young, 2003; Young *et al.*, 2008). Assim, cinco esquemas que estão vinculados a este grupo, que são:

1. Abandono/Instabilidade: percepção de que os outros são instáveis, imprevisíveis e indignos de confiança, sendo que, em algum momento, não serão capazes de continuar proporcionando conexão e apoio emocional, força ou proteção. Frequentemente envolve sentimentos de inutilidade, por não ser “bom o suficiente” para manter pessoas próximas (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

2. Desconfiança/Abuso: expectativa constante de ser manipulado, enganado, abusado, humilhado ou alvo de algum prejuízo intencional. Possuem a convicção de que, tendo oportunidade, outras pessoas irão usá-los para fins egoístas (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

3. Privação Emocional: expectativa de que sua necessidade de conexão e apoio emocional não serão atendidas pelos outros e que, em algum momento, será privado de cuidados (atenção, carinho ou companheirismo), empatia (entendimento, escuta, compartilhamento de sentimentos) ou proteção (força, direcionamento, orientação) (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

4. Defectividade/Vergonha: sentimento de ser defectivo, inadequado, indesejado ou inferior, não sendo digno ou merecedor de amor. Em geral envolve hipersensibilidade a críticas, medo, sentimento de vergonha, constrangimento, comparações e insegurança em relação aos outros.

5. Isolamento Social/Alienação: sentimento de ser diferente, de não pertencimento ou de não se adequar ao mundo social fora da família, estando isolado das demais pessoas ou grupos (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

O segundo domínio refere-se à Autonomia e Desempenho Prejudicados, em que expectativas sobre si mesmo e o ambiente levam a sentimentos de incapacidade no que tange à possibilidade de se separar dos demais, sobreviver de forma independente e com bom desempenho. Em geral, os esquemas neste domínio se desenvolvem a partir de figuras parentais tipicamente superprotetoras, emaranhadas, que não desenvolvem a autoconfiança da criança ou não a estimulam a ter um desempenho competente fora da família (Young, 2003). São eles:

6. Dependência/Incompetência: crenças de incapacidade de dar conta das responsabilidades cotidianas de forma competente sem ajuda alheia. Frequentemente envolve sentimentos de desamparo (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

7. Vulnerabilidade ao dano e à doença: sentimento de medo exagerado de uma catástrofe iminente e inevitável, que pode ser de ordem médica, emocional ou externa/ambiental (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

8. Emaranhamento: envolvimento emocional e intimidade excessiva com uma ou mais pessoas significativas, dificultando a individuação ou o desenvolvimento social adequado. Envolve a crença de não conseguir sobreviver ou ser feliz sem a presença ou apoio do outro, incluindo sentimentos de estarem “fundidos” e de uma identidade individual insuficiente (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

9. Fracasso: crença constante de ter falhado ou expectativa futura de fracasso inevitável. Frequentemente envolve a percepção de inadequação em relação aos demais nas diversas áreas de realização, como a escola, carreira, esportes (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

O terceiro domínio, por sua vez, refere-se aos Limites Prejudicados, sendo possível de ser identificado pela deficiência nos limites internos, ausência de responsabilidade com os demais e/ou pela dificuldade de orientação para objetivos de longo prazo. Caracteriza-se pela

dificuldade em respeitar os direitos dos outros, cooperar e se comprometer com metas ou desafios realistas. Indivíduos com esquemas neste domínio são, em geral, provenientes de famílias caracterizadas pela permissividade, falta de direcionamento, crenças de superioridade e ausência de disciplina e limites apropriados (Young, 2003). Os esquemas associados a este domínio são:

10. Arrogo/Grandiosidade: crença de ser superior aos demais e de ter direitos e privilégios especiais, não estando sujeitos a regras de reciprocidade. Envolve a busca constante por fazer ou ter tudo o que quiser à custa dos outros, com foco excessivo na superioridade, no poder e no controle. Pode incluir comportamentos competitivos ou dominantes em relação aos outros e ausência de empatia ou preocupação com as necessidades alheias (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

11. Autocontrole/Autodisciplina insuficientes: dificuldade em exercer autocontrole ou tolerância à frustração e de limitar a expressão excessiva das próprias emoções e impulsos. Geralmente envolve a evitação do desconforto, conflitos ou responsabilidades em busca da realização pessoal ou integridade (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

Já o quarto domínio, de Direcionamento para o Outro, caracteriza-se por um foco excessivo nos desejos, sentimentos e solicitações dos outros, à custa das próprias necessidades, a partir de uma constante busca pela aprovação, amor e evitando a retaliação. Muitas vezes, o indivíduo acaba por suprimir sua consciência, sentimentos e inclinações naturais, suplantando suas próprias necessidades. Esquemas neste domínio têm origem em famílias em que as necessidades e desejos emocionais dos pais são mais valorizados que o da criança, que, por sua vez, precisa suprimir aspectos importantes sobre si mesma para obter atenção, aprovação e amor (Young, 2003; Young *et al.*, 2008). São eles:

12. Subjugação: submissão excessiva ao controle dos outros com intuito de evitar a retaliação e o abandono. Envolve a supressão das necessidades, preferências e desejos

pessoais ou a supressão emocional. Normalmente caracteriza-se por comportamentos de obediência excessiva ou até mesmo de manifestação da raiva de forma desadaptativa (atitudes passivo-agressiva, explosões, sintomas psicossomáticos, abuso de substâncias) (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

13. Autossacrifício: foco excessivo no cumprimento das necessidades alheias à custa da própria gratificação, a fim de evitar causar dor aos outros e sentir culpa. Frequentemente leva a um ressentimento em relação àqueles que estão sendo cuidados, por sentir que as próprias necessidades não estão sendo satisfeitas (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

14. Busca por aprovação e reconhecimento: ênfase excessiva na obtenção de aprovação ou reconhecimento de outras pessoas, à custa do desenvolvimento de um senso de self seguro. Pode envolver uma busca constante por status e aceitação social como forma de obter atenção, admiração ou aprovação (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

Por último, o domínio de Supervigilância e Inibição define-se pela supressão dos próprios sentimentos, impulsos e escolhas pessoais espontâneas, levando ao bloqueio da felicidade, autoexpressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e ao comprometimento da própria saúde. Envolve regras e expectativas rígidas internalizadas sobre desempenho e comportamento ético, estando frequentemente presentes sentimentos de pessimismo e preocupação de ser constantemente cuidadoso e vigilante. Os esquemas que integram esse contexto são geralmente desenvolvidos em famílias tipicamente rígidas, exigentes ou punitivas, em que ter um bom desempenho, seguir regras e evitar erros predominam sobre o prazer e o relaxamento (Young, 2003; Young *et al.*, 2008), sendo eles:

15. Negativismo/Pessimismo: foco generalizado em aspectos negativos das diversas situações cotidianas, minimizando aspectos positivos ou otimistas. Caracteriza-se por preocupação, vigilância e queixas excessivas, envolvendo um medo extremo de cometer

falhas que possam levar a um colapso, perdas ou situações muito desagradáveis. Também inclui uma expectativa exagerada de resultados negativos ou de que as coisas podem piorar.

16. Inibição Emocional: inibição excessiva de comportamentos e sentimentos espontâneos para evitar a desaprovação alheia, vergonha ou perda de controle. Envolve a inibição da raiva e agressividade, de impulsos positivos, da expressão de vulnerabilidade e emocional, com ênfase excessiva na racionalidade (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

17. Padrões inflexíveis: postura crítica exagerada em relação a si mesmo e aos outros, resultando em sentimentos de pressão, dificuldade em relaxar e sentir prazer. Envolve a crença subjacente de atingir altos padrões internalizados de comportamento e desempenho para evitar críticas. Apresenta-se tipicamente como perfeccionismo, extrema preocupação com tempo e eficiência, regras rígidas e preceitos morais, éticos, culturais ou religiosos irrealisticamente elevados (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

18. Postura punitiva: crença de que as pessoas devem ser punidas com severidade quando cometem erros, tendendo a atitudes intolerantes com os que não estão à altura das expectativas ou padrões pessoais. Frequentemente envolve dificuldade em perdoar os próprios erros ou alheios, agindo punitivamente (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

Para Young (2003) e Young *et al.* (2008), os EIDs lutam para sobreviver, pois, apesar de causarem sofrimento ao indivíduo, lhe são confortáveis, levando o paciente a recriar inadequadamente, quando adultos, as condições da infância, mesmo que prejudiciais. Dessa forma, em momentos posteriores da vida, o indivíduo continua a perpetuar estes EIDs, mesmo que não sejam mais adequados, o que está por trás de vários transtornos, como ansiedade, depressão e uso de drogas e álcool. O mecanismo de perpetuação envolve pensamentos, sentimentos e comportamentos autoconfirmatórios e reforçadores do esquema. Através de distorções cognitivas, o indivíduo magnifica a informação que confirma o esquema e nega aquela que o contradiz. Ao mesmo tempo, afetivamente, o indivíduo pode bloquear as

emoções ativadas por um esquema, de forma a não o tornar consciente. Já em termos comportamentais, pode se envolver em padrões, situações ou relacionamentos autoderrotistas, escolhendo inconscientemente aqueles que ativam e perpetuam o esquema e evitando os que têm probabilidades de curá-lo (Young *et al.*, 2008).

1.3.2. Estilos de enfrentamento

Young *et al.* (2008) propõem que os comportamentos desadaptativos apresentados pelo indivíduo, como por exemplo os comportamentos aditivos, não são parte de um EID, mas se desenvolvem como respostas a ele. Assim, tais comportamentos, apesar de desadaptativos para o indivíduo, repetem-se em seu repertório comportamental por serem egossintônicos, isto é, lhe são familiares e estão em coerência com seus esquemas.

A ameaça da mudança esquemática é muito perturbadora para a organização cognitiva. Por isso, o indivíduo automaticamente realiza uma série de manobras cognitivas para manter intacto o esquema, denominadas estilos de enfrentamento. (Young, 2003; Young *et al.*, 2008) Tais mecanismos, segundo Wainer e Rijo (2016), apesar de serem desenvolvidos no decorrer da infância para a adaptação do indivíduo ao seu ambiente, acabam se tornando desadaptativos na vida adulta ao consolidar os EIDs e desconsiderar as mudanças ao longo da vida. Dessa forma, os estilos de enfrentamento podem ser entendidos através de três importantes processos que podem ocorrer dentro da esfera cognitiva, afetiva e no funcionamento comportamental de longo prazo do indivíduo, contribuindo para a perpetuação do esquema, que são: resignação (ou manutenção), evitação e hipercompensação do esquema (Young, 2003; Young *et al.*, 2008).

Ao se resignar a um esquema, os indivíduos consentem com o mesmo, sem tentar evitá-lo ou lutar contra ele, aceitando que é verdadeiro. Sentem diretamente o sofrimento emocional provocado e agem de maneira a confirmá-lo, repetindo os padrões evocados pelo

esquema, de forma que, quando adultos, continuam a reviver as experiências de infância que o engendraram. No nível cognitivo, o indivíduo salienta, supervaloriza ou distorce informações para confirmar o esquema, negando ou minimizando aquelas que o contradizem. Comportamentalmente, a resignação ao esquema se dá por meio de comportamentos autodestrutivos que sejam consonantes com a crença nele (Wainer & Rijo, 2016; Young, 2003; Young *et al.*, 2008). Assim, é possível supor que o uso de substâncias, neste contexto, pode ser mantido por reforçamento positivo, à medida que a resposta (p. ex. alcoolizar-se) mantém a consonância cognitiva do self, ainda que isso se caracterize por aceitar uma visão negativa de si mesmo e a baixa autoeficácia percebida.

Já o processo de evitação do esquema acontece em resposta ao elevado nível de afeto negativo que o acompanha. O indivíduo, então, cria processos tanto volitivos quanto automáticos para evitar entrar em contato com o esquema ou sentir o afeto a ele conectado. Os pacientes tentam organizar suas vidas de maneira que o esquema nunca seja ativado, vivendo sem consciência dele, como se não existisse. A evitação em nível cognitivo refere-se a tentativas de bloquear pensamentos ou imagens que possam acionar os EIDs, enquanto a evitação afetiva está relacionada ao bloqueio dos sentimentos desencadeados pelos esquemas. Já a evitação comportamental refere-se à tendência de evitar situações da vida real que possam ativar os esquemas e o sofrimento subjacente (Wainer & Rijo, 2016; Young, 2003; Young *et al.*, 2008). Dessa forma, o TUS e especialmente o abuso de álcool podem estar relacionados ao uso da substância em função de processos de reforçamento negativo, uma vez que a busca pela substância aumenta ao permitir ao indivíduo aliviar-se na presença de um estímulo aversivo, como através da redução da tensão e do humor negativo, bem como do alívio da dor e desconforto (Rangé & Marlatt, 2008).

Por fim, o processo de hipercompensação do esquema se reflete em estilos cognitivos ou comportamentais diametralmente opostos ao padrão esquemático. Quando

hipercompensam, os pacientes lutam contra o esquema, pensando, sentindo, comportando-se e relacionando-se como se o oposto fosse verdadeiro, dedicando-se a ser o mais diferente possível das crianças que foram quando o esquema foi adquirido. A hipercompensação pode ser uma tentativa parcialmente saudável de lutar contra o esquema que avança os limites. No entanto, quase sempre envolve a incapacidade de reconhecer a vulnerabilidade subjacente e, portanto, deixa o indivíduo despreparado para o sofrimento emocional caso a compensação falhe, além de levar a comportamentos excessivos, insensíveis e improdutivos (Wainer & Rijo, 2016; Young, 2003; Young *et al.*, 2008). Nesse sentido, o TUS parece ser mantido por reforço positivo dos comportamentos excessivos, em que a probabilidade de busca pela substância é aumentada pelos estados de euforia, prazer e relaxamento gerados.

Young *et al.* (2008) diferenciaram os conceitos de estilos de enfrentamento do esquema e respostas de enfrentamento, ressaltando que as respostas são os comportamentos específicos, através dos quais os três estilos de enfrentamento são expressados, isto é, todas as respostas a ameaças contidas no repertório comportamental do indivíduo, formas únicas e idiossincráticas com que os pacientes manifestam a hipercompensação, evitação ou resignação ao esquema. Assim, quando o indivíduo habitualmente adota determinadas respostas de enfrentamento, elas se associam para formar estilos de enfrentamento. Sendo assim, um estilo de enfrentamento se configura como um traço, ao passo que uma resposta de enfrentamento é um estado exibido pelo indivíduo em um determinado momento (Young *et al.*, 2008).

A ativação de um ou mais esquemas pode variar conforme as circunstâncias. Em qualquer momento, alguns esquemas ou operações de funcionamento de esquemas (incluindo as respostas de enfrentamento) estão inativos ou latentes, enquanto outros são ativados por eventos e predominam no humor e no comportamento naquela ocasião. Assim, os estados

emocionais e as respostas de enfrentamento, adaptativos ou desadaptativos, vivenciados pelo indivíduo a cada momento foram denominados por Young *et al.* (2008) modos de esquema.

Os modos de esquema podem ser definidos como o estilo global de funcionamento do indivíduo em situações específicas de ativação emocional, que inclui sentimentos, pensamentos, formas de enfrentamento saudáveis ou não que são vivenciados naquela situação (Wainer & Rijo, 2016). Frequentemente, esses modos são ativados pelo ambiente em situações cotidianas às quais somos supersensíveis (“botões emocionais”). Quando esquemas desadaptativos ou determinadas respostas de enfrentamento se traduzem em forma de emoções negativas, respostas de evitação ou comportamentos autoderrotistas, um modo de esquema disfuncional é ativado. Um indivíduo pode passar de um modo disfuncional a outro, sendo que, nessa transição, diferentes esquemas ou respostas de enfrentamento, antes latentes, são ativadas (Young *et al.*, 2008).

Young *et al.* (2008) observaram que certos agrupamentos de esquemas ou respostas de enfrentamento tendem a ser ativados juntos, sendo que alguns modos se compõem basicamente por esquemas, enquanto outros se caracterizam mais por respostas de enfrentamento. A partir desse conceito, Young *et al.* (2008) identificaram dez modos de esquemas agrupados em quatro categorias amplas: modos criança, modos enfrentamento disfuncional, modos pais disfuncionais e modo adulto saudável.

Dos modos criança, fazem parte as subcategorias modos criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva, criança indisciplinada, criança enfurecida e criança feliz. Segundo a definição, esses modos são inatos e universais, isto é, todas as crianças nascem com potencial para manifestá-los (Genderen *et al.*, 2012; Young *et al.*, 2008). Quanto aos modos enfrentamento disfuncional, Young *et al.* (2008) identificaram inicialmente três subcategorias, que correspondem, respectivamente, aos três estilos de enfrentamento de resignação, evitação e hipercompensação: o capitulador complacente, o protetor desligado e o

hipercompensador. Posteriormente, foram incorporados os modos protetor autoaliviador e o provocativo e ataque (Genderen *et al.*, 2012).

Nos modos pais disfuncionais, por sua vez, o indivíduo torna-se semelhante ao pai ou à mãe internalizados, estando presentes os modos pai/mãe punitivo e pai/mãe exigente (Genderen *et al.*, 2012; Young *et al.*, 2008). Por fim, o último modo identificado é o do adulto saudável, que é justamente aquele que se tenta fortalecer na terapia, ensinando o paciente a cuidar ou curar os outros modos disfuncionais. Nele, o indivíduo busca por atividades e relações positivas de modo organizado e racional, buscando neutralizar pensamentos e sentimentos negativos com relação a seus esquemas disfuncionais (Genderen *et al.*, 2012; Young *et al.*, 2008).

1.3.3. Esquemas iniciais desadaptativos e o transtorno por uso de substâncias

Young (2003) postulou que os EIDs e os comportamentos de enfrentamento disfuncionais produzidos por eles podem estar na base da maioria dos transtornos mentais, particularmente transtornos crônicos e resistentes à mudança, como o abuso de substâncias. Nesse sentido, Ball (1998) propôs potenciais formas através das quais os EIDs podem ser relevantes ao tratamento desses transtornos. Ele expandiu a conceitualização de Young dos EIDs e delineou sua relevância nos comportamentos aditivos, propondo que indivíduos podem fazer uso de substâncias como uma forma de evitar o sofrimento emocional associado. Esse sofrimento estaria ligado a necessidades emocionais não atendidas.

Em resposta aos EIDs, indivíduos geralmente desenvolvem vários mecanismos de enfrentamento desadaptativos que são frequentemente rígidos e autodestrutivos (Ball, 2007), como o uso e abuso de álcool e outras drogas (Ball, 1998; Young, 2003). Logo, mecanismos de manutenção, evitação e compensação dos EIDs podem explicar o comportamento aditivo. Nesse sentido, a TE busca mapear os EIDs e os compreende como um conjunto de padrões

cognitivos e emocionais disfuncionais que se tornam facilitadores do ciclo de recaída ou mantenedores do uso da substância (Young *et al.*, 2008). A TE possibilita repensar um modelo que contemple os esquemas do usuário desenvolvidos ao longo de sua vida, permitindo ao terapeuta trabalhar estratégias de intervenção focadas nos EIDs que influenciam a manutenção do TUS.

Desde os estudos de Ball (1998), tem sido teorizado que EIDs são fatores de risco significantes tanto para a etiologia como para a manutenção do TUS (Elmqvist, Shorey, Anderson, & Stuart, 2015; Shorey, Anderson, & Stuart, 2013a). Esquemas de defectividade/vergonha e privação emocional, por exemplo, têm sido associados a estilos de enfrentamento de evitação, que muitas vezes são a base da dependência de substâncias (Young, 2003; Young *et al.*, 2008). Além disso, indivíduos que se apresentam com um esquema de subjugação muitas vezes tentam suprimir suas necessidades, levando a um acúmulo de emoções negativas e provocando comportamentos desajustados como a drogadição (Janson, 2015). Comportamentos aditivos também têm sido fortemente associados ao autocontrole insuficiente, por meio da evitação e/ou da incapacidade de estabelecer limites para os próprios sentimentos ou impulsos (Ball, 2007).

Nesse sentido, um crescente número de estudos tem investigado a prevalência de EIDs em indivíduos com problemas de abuso de substâncias (Ball & Cecero, 2001; Brothie, Meyer, Copello, Kidney & Waller, 2004; Lima & Ferreira, 2015; Janson, 2015; Shorey *et al.*, 2012c; Shorey, Stuart, & Anderson, 2012d; Shorey *et al.*, 2013b; 2013c) e os respectivos escores comparados a amostras não clínicas, apresentando níveis significativamente mais altos para a maioria dos EIDs na população clínica (Jalali, Zargar, Salavati, & Kakavand, 2011; Karimi, 2013; Roper, Dickson, Tinwell, Booth, & McGuire, 2010; Shorey *et al.*, 2011; 2012a; 2012b; 2013a; 2013d; Silva, Cazassa, Oliveira, & Gauer, 2012; Zamirinejad, Hojjat, Moslem, Hosseini, & Akaberi, 2018).

Esquemas como autocontrole/autodisciplina insuficientes, desconfiança/abuso, abandono/instabilidade, vulnerabilidade ao dano e à doença, emaranhamento e dependência/incompetência têm sido frequentemente associados ao desenvolvimento e manutenção do TUS em diversos estudos, com diferenças de médias mais significativas entre os grupos clínicos e não clínicos (Jalali *et al.*, 2011; Karimi, 2013; Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.*, 2011; 2012a; 2012b; 2013a; 2013d; Silva *et al.*, 2012; Zamirinejad *et al.*, 2018).

Estudos desenvolvidos por Shorey *et al.* (2011; 2012a; 2012b; 2013a; 2013d) em diferentes amostras de adultos em tratamento para o uso de substâncias, comparados a grupos não clínicos, indicaram escores mais altos em todos os domínios de esquemas para a amostra clínica, com diferenças mais significativas em autocontrole/autodisciplina insuficientes, dependência/incompetência, defectividade/vergonha, desconfiança/abuso, abandono/instabilidade, fracasso, negativismo/pessimismo e vulnerabilidade ao dano e à doença. Os resultados sugerem que EIDs podem ser um importante alvo de tratamento em intervenções ao abuso de substâncias.

Brochie *et al.* (2004), em uma amostra de usuários adultos em tratamento, comparativamente a um grupo não clínico, concluíram que os indivíduos da amostra clínica apresentaram escores significativamente mais altos em 11 dos 18 EIDs. Além disso, demonstraram que pacientes também apresentam padrões característicos de crenças centrais negativas e incondicionais. Da mesma forma, Roper *et al.* (2010), Silva *et al.* (2012) e Silva, Gauer e Oliveira (2009), a partir de estudos de comparação entre grupos de não alcoolistas e alcoolistas, também identificaram em amostras clínicas escores mais altos para a maioria dos EIDs nos cinco diferentes domínios. Resultados bastante semelhantes também foram encontrados por Jalali *et al.* (2011) em investigação comparativa com usuários de opióides.

Demais pesquisas, de caráter correlacional, além de identificarem maior prevalência de EIDs em populações clínicas, também indicaram aqueles com maior poder de predição do

abuso de substâncias através do método de análise de regressão. Os resultados de Razavi, Soltaninezhad e Rafiee (2012), em estudo com homens adultos adictos e não adictos, apontaram os esquemas de vulnerabilidade ao dano e à doença, emaranhamento e privação emocional com poder de predição ao comportamento aditivo na amostra. Zamirinejad *et al.* (2018), comparando usuários de opióides, em tratamento de manutenção com metadona, a um grupo controle, identificaram privação emocional, desconfiança/abuso e padrões inflexíveis como os EIDs com maior poder de predizer a dependência de opióides. De forma semelhante, os resultados de Karimi (2013) indicaram, além de privação emocional e desconfiança/abuso, todos os demais esquemas no domínio Desconexão e Rejeição como importantes preditores da dependência de substâncias. Pesquisas com estudantes universitários também identificaram correlação positiva e significativa ($p<0,01$) entre o consumo prejudicial de substâncias e diversos EIDs nos diferentes domínios, como Autonomia e Desempenho Prejudicados, Desconexão e Rejeição e Direcionamento para o Outro (Aaron, 2013; Bojed & Nikmanesh, 2013; Díaz, Arévalo, Angarita, & Ruiz, 2011).

No entanto, já no que diz respeito à investigação dos modos de esquemas em dependentes químicos, poucos estudos foram identificados até o momento. Kersten (2012) afirmou que todas as drogas podem intensificar fortemente os modos de esquema devido a seus efeitos psicotrópicos. Em suma, as substâncias assumem quatro tipos de função na ativação dos modos, intensificando os modos de enfrentamento de hipercompensação, modos de evitação, modos criança e pai/mãe punitivos.

Em 2009, foi conduzida uma pesquisa com 14 pacientes com diagnóstico de TUS e de personalidade, a fim de testar as hipóteses de que o abuso de substâncias pode desempenhar diferentes funções em termos de modos de esquema. As principais funções observadas foram: evitação dos sentimentos de abandono e abuso desencadeados pelos modos criança vulnerável e criança zangada e intensificação do modo protetor desligado; uso de substâncias como

tentativa de estabilizar rápidas alterações de humor e entre diferentes modos; ativação dos modos criança zangada ou impulsiva, pela natureza imatura da raiva e impulsividade e como uma forma de resistência e protesto contra regras ou autoridade; comportamentos autodestrutivos como punição, devido ao modo pai/mãe punitivos; elevação da autoestima e tentativas de se sentirem superiores pela ativação do modo autoengrandecedor; dentre outras (Kersten, 2012). É importante notar que o abuso de álcool e outras drogas parece ser mecanismos de enfrentamento (hipercompensação e evitação), conforme o que sugere este estudo, e que o modo pai/mãe punitivo pode ser um mecanismo de manutenção de EIDs, através da expressão de comportamentos autopunitivos.

Todos os resultados dos diferentes estudos apresentados são consistentes com a hipótese de Ball (1998) e Young (2003), sugerindo que EIDs podem estar na base dos TUS. De fato, pesquisas têm mostrado que a evitação de crenças referentes aos esquemas está associada ao aumento da severidade do uso de substâncias (Shorey *et al.*, 2012c). Segundo estudos de Brothie, Hanes, Wendon, e Waller (2007), tentativas de evitar as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais negativas dos EID estão associadas ao aumento da gravidade no uso de álcool.

Nesse sentido, a terapia focada no esquema para a população de dependentes de substâncias tem sido recentemente desenvolvida e recebido importante suporte empírico preliminar, com estudos demonstrando que abordagens focadas em reduzir EIDs têm contribuído para melhora nos resultados em longo prazo nos tratamentos (Ball, 2007; Brothie *et al.*, 2004; Elmquist, *et al.*, 2015; Moradi & Yarahmadi, 2014; Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.* 2013b).

1.3.4. A terapia do esquema com duplo foco (TEDF)

Ball (1998, 2007) desenvolveu a TEDF como a primeira abordagem individual de terapia cognitivo comportamental guiada e integrativa, que combina a abordagem focada no esquema (Young, 2003; Young *et al.*, 2008), com a abordagem de Prevenção de Recaída focada em estratégias de enfrentamento (Marlatt & Donovan, 2009), no intuito de modificar os EIDs para um nível gerenciável e aumentar o enfrentamento adaptativo.

A TEDF tem por objetivo tratar sintomas interrelacionados comuns no TUS e o funcionamento crônico e desadaptativo da personalidade que aumenta o risco de recaída e respostas negativas ao tratamento. Consiste em um conjunto de 16 tópicos centrais e 12 eletivos a serem abordados individualmente com cada paciente, baseados em uma avaliação compreensiva da personalidade e na conceitualização dos EIDs e estratégias de enfrentamento (Ball, 2007).

Esse modelo traz inúmeras suposições terapêuticas importantes. Primeiramente, ela assume que uma intervenção focada nas áreas mais problemáticas de funcionamento do indivíduo (especialmente o uso de substâncias) pode levar a uma mudança maior através da ruptura da cadeia comportamental e interpessoal de eventos que ajudam a perpetuar e manter tanto o TUS quanto transtornos de personalidade na idade adulta. Esta perspectiva hipotetiza que uma ampla gama das dificuldades dos pacientes pode estar incluída em um ou alguns EIDs e estilos de enfrentamento e que uma mudança orientada no uso de substâncias e nos esquemas centrais pode ter um impacto significativo em uma grande parcela de comportamentos (Ball, 1998; Ball & Young, 2000).

A TEDF ocorre em duas fases. Primeiramente, o terapeuta integra o trabalho inicial de prevenção de recaída com a identificação e educação sobre os EIDs e estilos de enfrentamento e sua associação com o uso de substâncias e outros problemas. Este estágio educacional pretende cumprir pelo menos três objetivos importantes: (a) iniciar abstinência ou reduzir

substancialmente o uso de substâncias; (B) estabelecer uma forte aliança terapêutica; (C) desenvolver uma conceitualização detalhada do caso. Uma vez concluída essa avaliação e desenvolvida uma conceitualização detalhada e empática da história dos problemas atuais do paciente, então o estágio subsequente é conduzido para alterar os EIDs e respectivos estilos de enfrentamento que estão subjacentes tanto à dependência química quanto a problemas de personalidade (Ball, 2007; Ball & Young, 2000).

Ball (2007), em uma amostra de pacientes submetidos a tratamento ambulatorial de manutenção, demonstrou que o tratamento de abuso de substâncias direcionado para identificação e modificação de EIDs e estratégias de enfrentamento (TEDF) resultou em diminuição mais rápida no uso de substância quando comparado com uma intervenção tradicional de 12 passos. Embora a replicação desses achados seja necessária, tais conclusões são um exemplo promissor de como uma intervenção focada em traços de personalidade duradouros e desadaptativos também podem reduzir o uso de substâncias, o que seria consistente com a teoria de Young (2003).

Muitos programas de tratamento para uso de substâncias já incluem componentes que poderiam ser facilmente modificados para se concentrarem mais intensamente em EIDs. Por exemplo, programas que incluem reestruturação cognitiva, habilidades de enfrentamento, dentre outras técnicas, poderiam ser facilmente focados em esquemas. Young (2003) discutiu como uma abordagem focada em esquemas inclui aspectos comportamentais (habilidades de enfrentamento), a reestruturação cognitiva, estratégias experienciais e o uso da relação terapêutica.

Como é improvável que os esquemas possam ser completamente removidos (Ball, 1998; Young, 2003), a TEDF não trata pacientes tão complexos e crônicos com uma meta irreal de remissão completa de sintomas e comportamentos. Em vez disso, o objetivo é reduzir a crença nos esquemas, levando a uma redução na influência que eles têm sobre a vida do

indivíduo e aumentando as respostas adaptativas de enfrentamento, concentrando-se, assim, em metas realizáveis, tais como melhorar a autoestima, relacionamentos, funcionamento ocupacional e redução de comportamentos autodestrutivos (Ball, 2007).

Nesse sentido, acredita-se que um modelo terapêutico integrativo e orientado como este possui uma distinta vantagem quando comparado a uma terapia comportamental mais estreitamente focada no sintoma ou no problema. Uma vantagem do modelo TEDF é que ele atende tanto a sintomas evidentes (por exemplo, consumo de substâncias, humor deprimido ou ansioso, problemas interpessoais) quanto a temas subjacentes, como esquemas e estratégias de enfrentamento (Ball & Young, 2000).

1.4. Estratégias de enfrentamento (*coping*) nos comportamentos aditivos

No que se refere à abordagem das estratégias de enfrentamento do modelo apresentado acima, o conceito de enfrentamento foi incorporado à TEDF pela teoria da Prevenção de Recaída proposta na década de 80 por Marlatt e Gordon e reformulada anos depois por Marlatt e Donovan (2009). Os autores propuseram um modelo fundamentado na teoria da aprendizagem social, que compreende o abuso de drogas como uma resposta de enfrentamento habitual e desadaptativa adotada por certos indivíduos que possuem crenças características sobre os efeitos da substância, juntamente com recursos ineficientes para lidar com eventos cotidianos estressantes (Williams & Clark, 1998). Este modelo considera que a aprendizagem do comportamento de uso é resultante de influências sociais, familiares e de pares que modelam comportamentos, crenças e expectativas referentes ao consumo da substância pretendida (Rangé & Marlatt, 2008).

De acordo com esta perspectiva, déficits em habilidades de enfrentamento mais adaptativas e expectativas positivas sobre os efeitos do álcool operam de forma independente e em conjunto para promover o uso do beber como um mecanismo de enfrentamento (Cooper,

Russel, & George, 1988). Nesta abordagem, o preditor mais importante da recaída é a incapacidade do indivíduo de utilizar estratégias de enfrentamento efetivas ao lidar com situações de alto risco (Constant, 2013). Muitos programas tradicionais de tratamento apresentam como foco fatores motivacionais, explicando ao paciente “porque” ele deveria se abster da substância. Entretanto, não oferecem as habilidades necessárias para isso, uma vez que não lhe ensinam “como” não beber, como abandonar um velho hábito e controlar sua ocorrência no futuro. Neste segundo foco, o indivíduo recebe a responsabilidade pela resolução do problema, ao invés de sua causa e desenvolvimento (Rangé & Marlatt, 2008).

A taxonomia de Marlatt (1996) de situações de recaída, baseada na análise do conteúdo das descrições de alcoolistas de suas recidivas, destacou a natureza estressante das situações de alto risco, concluindo que o principal determinante da recaída era a falta de uma resposta de enfrentamento apropriada que poderia ter sido usada em vez do consumo do álcool (Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003). O modelo explicou como o enfrentamento, expectativas e autoeficácia interagem no processo de recaída de comportamentos aditivos. O pressuposto inicial é de que, após um período de abstinência, estar em uma situação de alto risco sem uma estratégia de enfrentamento eficaz resultaria em um indivíduo com baixa autoeficácia para sua capacidade de lidar com o risco (Hasking & Oei, 2007; Marlatt, 1996).

Mais especificamente, o modelo cognitivo-comportamental da Prevenção de Recaída (Marlatt, 1996) aponta dois principais caminhos determinados pelas respostas de enfrentamento em situações de alto risco, conforme apresentado na Figura 1. Em um deles, o enfrentamento adequado destas situações leva ao aumento da autoeficácia e à consequente diminuição da probabilidade de uma recaída. Já no segundo, a ausência de respostas eficazes de enfrentamento leva à diminuição da autoeficácia percebida associada a expectativas positivas quanto aos efeitos do consumo da substância. Consequentemente, uma única

violação da abstinência aliada ao papel reforçador do uso da substância aumenta consideravelmente a probabilidade de uma recaída (Marlatt, 1996).

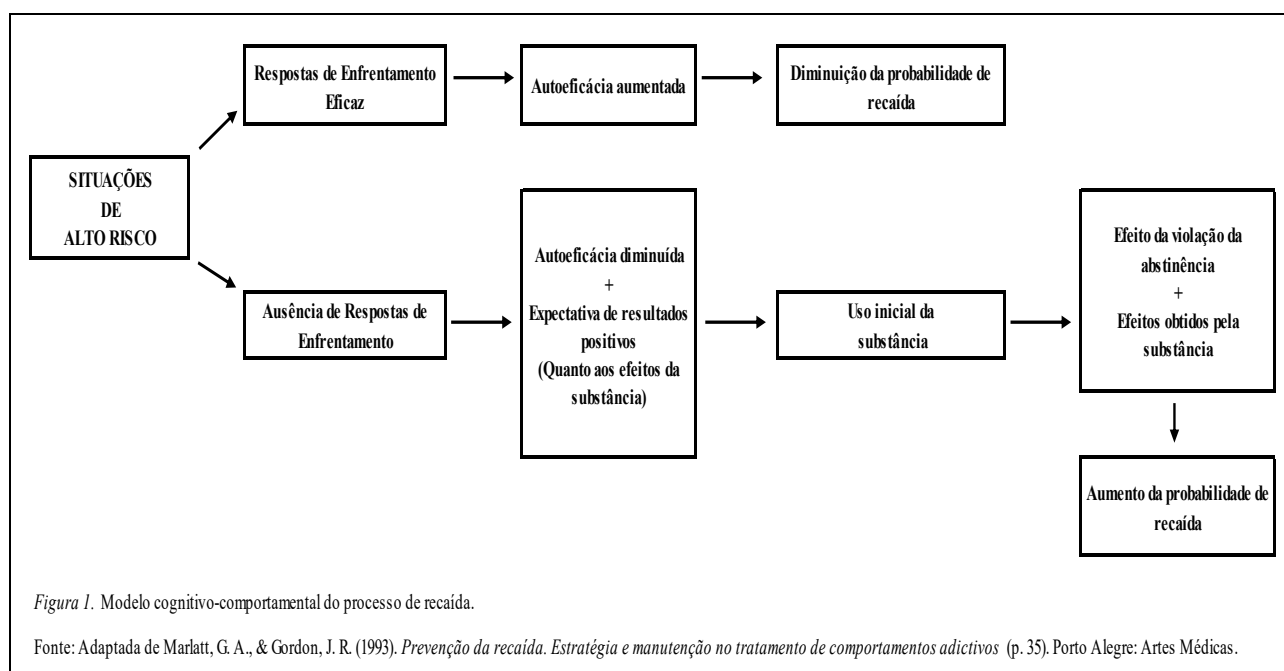


Figura 1. Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída.

Nota. Fonte: Adaptada de Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da recaída. Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (p. 35). Porto Alegre: Artes Médicas.

Marlatt e Donovan (2009) referem que transtornos complexos como a dependência de substâncias não podem ser explicados unicamente por fatores isolados. Nesse sentido, definiram o modelo da Prevenção de Recaída como baseado em uma estrutura cognitivo-comportamental que tem por objetivo principal promover habilidades de prevenção à recaída em situações de risco, por meio de diferentes estratégias de enfrentamento efetivas. Em momentos de proteção à abstinência, consideradas situações de alto risco de recaída no consumo de substâncias, o indivíduo faz uso de estratégias cognitivas e comportamentais, adaptativas ou não, disponíveis em seu repertório, denominadas habilidades de enfrentamento (Marlatt & Donovan, 2009). Quanto mais situações de alto risco o indivíduo enfrentar e nas quais for bem-sucedido, mais sua autoeficácia se desenvolverá e ele estabelecerá um senso

realista de confiança na própria capacidade de lidar com momentos adversos, prevenindo a recaída e facilitando o processo de manutenção da abstinência (Coelho, 2016; Knapp & Bertolote, 1994).

O pressuposto é que comportamentos aditivos podem ser mantidos por uma maneira desadaptativa de lidar com situações cotidianas de estresse, isto é, um desequilíbrio entre as exigências do ambiente e os recursos próprios do indivíduo, que poderia levar aqueles com repertórios de habilidades de enfrentamento pouco desenvolvidos a utilizarem a substância como tentativa de restabelecer o equilíbrio (Sá, 2014). Entre as principais situações de alto risco, destacam-se estados fisiológicos ou emocionais negativos, a experiência de sentimentos resultantes de conflitos interpessoais, além de contingências ambientais, como a pressão social para usar e o desejo de obter os aspectos positivos proporcionados pelo consumo da droga.

Quando a incapacidade do indivíduo para lidar com uma situação de alto risco se associa a uma percepção de autoeficácia diminuída, a atração pelo consumo da substância aumenta, mediada por suas expectativas de resultados positivos acerca dos efeitos da substância. A faixa de efeitos possíveis e esperados abrange múltiplos fatores, como efeitos físicos (alterações nas sensações decorrentes dos efeitos fisiológicos da droga), psicológicos (cognições e estados emocionais alterados) e comportamentais (mudanças em comportamentos manifestos). Quaisquer destes efeitos são experienciados ao longo de um *continuum* de valor de reforço, indo de altamente gratificante (expectativas positivas) até altamente aversivo (expectativas negativas). Vale ressaltar que, em geral, as expectativas de resultado mantidas pelo indivíduo exercem maior influência que os reais efeitos do consumo da substância (Marlatt & Gordon, 1993).

No momento em que o indivíduo decide consumir ou não determinada substância, sua cognição é influenciada por tais expectativas de resultados positivas ou negativas relacionadas

às experiências anteriores de consumo da droga. Dessa forma, se o indivíduo consumiu uma substância no passado e os resultados foram positivos, na próxima exposição a essa mesma substância, estímulos já condicionados reforçarão tais expectativas de resultados desejáveis anteriores, como, por exemplo, diminuição da tensão e facilitação social. Por outro lado, expectativas de resultado negativas se relacionam à proteção da abstinência, uma vez que é provável que indivíduos tendam a enfrentar a fissura e não violar a abstinência a fim de evitar os efeitos e resultados indesejáveis esperados com o consumo da substância, a partir de experiências negativas anteriores.

Portanto, a probabilidade de recaída é aumentada se o indivíduo mantém expectativas positivas quanto aos resultados do consumo da substância consumida, associadas a uma percepção de autoeficácia diminuída (Marlatt & Gordon, 1993). Nesse sentido, promover um repertório de habilidades de enfrentamento das situações de alto risco é fundamental para que o indivíduo consiga desenvolver comportamentos alternativos para lidar de maneira mais adaptativa e eficaz com estas demandas, diminuindo a probabilidade de um lapso ou recaída (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011; Sá, 2014).

O conceito de habilidades de enfrentamento exposto pelo modelo da Prevenção de Recaída é consistente com uma das definições mais populares de enfrentamento (*coping*), de Lazarus e Folkman (1984), que, embora faça parte de uma teoria mais ampla, se aplica perfeitamente ao contexto específico da dependência de substâncias (Sá, 2014). Segundo o pressuposto clássico de Lazarus e Folkman (1984), o *coping* define-se pelos esforços cognitivos e comportamentais que, em constante mudança, são utilizados pelo indivíduo para manejar exigências internas e/ou externas específicas, consideradas como sobrecarregando ou excedendo seus próprios recursos pessoais. Em outras palavras, o *coping* pode ser descrito como as habilidades individuais desenvolvidas para dominar, reduzir, tolerar ou se adaptar a situações de estresse (Lazarus & Folkman, 1984).

Nesta concepção, os autores consideram que as estratégias de *coping* possam ser classificadas a partir de duas principais funções: regular as emoções estressantes (enfrentamento focado na emoção) e alterar a relação disfuncional pessoa-ambiente que causa o sofrimento (enfrentamento focado no problema) (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). As estratégias focalizadas no problema assumem função ativa e são caracterizadas por comportamentos que aproximam o indivíduo do evento estressor, a fim de modificar a situação que o originou. De forma geral, indivíduos concentram esforços e atenção na solução dos problemas, envolvendo a reavaliação positiva da situação, concentrar-se no próximo passo e a busca por planos de ação e soluções práticas (Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus & Folkman, 1984). Já as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção caracterizam-se por esforços para melhorar estados emocionais negativos associados à situação estressora, que envolvem, muitas vezes, comportamentos de “desengajamento emocional”, como evitação, afastamento da situação, distração e uso de substâncias, além de busca por suporte emocional (Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus & Folkman, 1984).

Entretanto, entende-se que esta classificação das estratégias de *coping* seja essencialmente teórica, uma vez que o indivíduo pode utilizar estratégias de ambos os tipos para lidar com o mesmo evento estressor (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Estratégias focalizadas no problema tendem a ser mais utilizadas em situações avaliadas como possíveis de serem modificadas, enquanto naquelas avaliadas como inalteráveis, pode haver maior tendência a serem utilizadas estratégias focadas na emoção (Folkman & Lazarus, 1985).

No entanto, o que se observa é que ambas são complementares e podem atuar de forma facilitadora uma para a outra. O *coping* focalizado na emoção pode facilitar estratégias focadas no problema por remover a tensão e, similarmente, estas, por sua vez, podem diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional (Carver *et al.*, 1989). Sendo assim,

indivíduos podem combinar o enfrentamento focalizado no problema com múltiplas formas de enfrentamento focado na emoção ao longo dos diferentes estágios de uma mesma situação estressora (Folkman & Lazarus, 1985).

Na avaliação individual das estratégias de *coping*, Folkman *et al.* (1986) descrevem 8 fatores a partir dos quais os processos de coping de cada indivíduo são avaliados: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. As estratégias de confronto (fator 1) descrevem esforços ativos, porém agressivos ou ofensivos para alterar a situação, sugerindo certo grau de hostilidade (p. ex., "mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema") e muitas vezes envolvendo riscos (p. ex. "enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado"). Diferentemente do confronto, estratégias de afastamento (fator 2) correspondem a atitudes defensivas e de distanciamento da situação estressora, compreendendo esforços para se "desligar", não modificando a situação (p. ex. "fiz como se nada tivesse acontecido", "minimizei a situação, me recusando a preocupar-me seriamente com ela") (Folkman *et al.*, 1986).

Já o autocontrole (fator 3) corresponde a estratégias para regular os próprios sentimentos (p. ex. "procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo") e ações (p. ex. "procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso") frente à situação estressora (Folkman *et al.*, 1986). O suporte social (fator 4), por sua vez, envolve esforços na busca por apoio informacional (p. ex. "conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação"), apoio tangível para encontrar possíveis soluções (p. ex. "falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema") e apoio emocional (p. ex. "aceitei a simpatia e compreensão das pessoas"), que pode ocorrer nas relações familiares, afetivas, ou na busca por apoio profissional (Folkman *et al.*, 1986).

A aceitação de responsabilidade (fator 5) corresponde à estratégia em que o indivíduo reconhece seu próprio papel no problema (p. ex. “compreendi que o problema foi provocado por mim”), aceita a realidade da situação estressora e engaja-se para buscar soluções (p. ex. “encontrei algumas soluções diferentes para o problema”, “prometi a mim mesmo que as coisas seriam diferentes da próxima vez”). De forma oposta, a estratégia de fuga-esquiva (fator 6) consiste na presença de pensamentos fantasiosos sobre possíveis soluções para o problema (p. ex. “desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse”), porém sem esforços reais para modificá-lo, adotando comportamentos para escapar da situação ou evita-la (p. ex. “procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação”, “dormi mais que o normal”) (Folkman *et al.*,1986).

A estratégia de resolução de problemas (fator 7), por sua vez, pressupõe esforços deliberados focados no problema para alterar a situação (p. ex. “fiz um plano de ação e o segui”), juntamente com uma avaliação analítica do mesmo para a busca de soluções efetivas (p. ex. “eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”) (Folkman *et al.*,1986). Ao invés de evitar ou se afastar da situação estressora, o indivíduo elabora um plano de ação e adota comportamentos a fim de concretizá-lo.

Por fim, a reavaliação positiva (fator 8) consiste em esforços individuais para dar um significado positivo à situação problema (p. ex. “redescobri o que é importante na vida”), concentrando-se na oportunidade de crescimento pessoal (p. ex. “mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva”, “saí da experiência melhor do que eu esperava”), ou até mesmo atribuindo um significado religioso à situação (p. ex. “encontrei novas crenças”; “rezei”) (Folkman *et al.*,1986).

A partir destas definições, Folkman *et al.* (1986) entendem o conceito de *coping* a partir de três principais características. Primeiramente, ele é orientado pelo processo, o que significa que se baseia no que o indivíduo realmente pensa e faz diante de um evento estressor

específico, o que pode mudar na medida em que esse evento também se modifica. Em segundo lugar, o enfrentamento é tido como contextual, isto é, influenciado pela avaliação subjetiva do indivíduo sobre a situação e seus recursos para administrá-la. A ênfase no contexto significa que determinados recursos individuais e as variáveis situacionais, juntos, formam as estratégias de enfrentamento que serão utilizadas. Por fim, Folkman *et al.* (1986) não fazem suposições a priori sobre o que se constitui um bom ou mau enfrentamento, visto que este seja entendido simplesmente como os esforços individuais disponíveis para administrar demandas externas, quer sejam bem-sucedidos ou não.

Lazarus e Folkman (1984) acreditam ser mais adequado falar de estratégias ou processos de *coping*, em vez de respostas de *coping*, definindo-o como, portanto, uma resposta ao estresse (comportamental ou cognitiva) com a finalidade de reduzir suas condições aversivas. A tendência do indivíduo a escolher uma determinada estratégia de *coping* depende de seu repertório individual e de experiências tipicamente reforçadas (Araújo, Pansard, Boeira, & Rocha, 2010). No contexto da dependência de substâncias, esta seria, então, o resultado de uma resposta desadaptativa e um enfrentamento inadequado no manejo de exigências impostas ao indivíduo (Constant, 2013; Sá, 2014).

Há décadas pesquisas têm buscado avaliar a estrutura e os resultados do enfrentamento entre indivíduos com problemas no uso de substâncias, demonstrando que estratégias de enfrentamento adequadas podem prevenir a recaída do uso de drogas (Araújo *et al.*, 2010; Boden *et al.*, 2014, Capella & Adan, 2017; Forys, McKellar, & Moos, 2007; Gashior *et al.*, 2015; Hyman *et al.*, 2009; Kronenberg, Goossens, Busschbach, Achterberg, & Brink, 2015; Moghaddam, Mohseni, & Khorshidi, 2015; Moos, Brennan, Fondacaro, & Moos, 1990). O grande número pesquisas sobre o enfrentamento é indicativo de uma crescente convicção de que este seja um fator importante na relação entre eventos estressantes e resultados

desadaptativos, como depressão, sintomas psíquicos e doenças somáticas. (Folkman *et al.*, 1986).

Estudos comparando estilos de enfrentamento entre grupos de indivíduos dependentes de substâncias e grupos de indivíduos saudáveis (Hyman *et al.*, 2009; Kronenberg *et al.*, 2015; Moghaddam *et al.*, 2015) identificaram, de modo geral, menores escores em estilos de *coping* adaptativo nas amostras clínicas, como o enfrentamento focado no problema, com, ainda, maiores níveis de estratégias desadaptativas, como o *coping* evitativo e reação passiva.

Outros estudos também identificaram associação positiva entre estratégias desadaptativas de *coping* e a dependência de substâncias. Boden *et al.* (2014), em investigação com um grupo de 98 militares com diagnóstico de TUS, identificaram que os estilos de *coping* evitativo e emocional, porém não ativo, estiveram positivamente e longitudinalmente associados ao uso de álcool e à severidade do TUS e sua sintomatologia. Neste mesmo estudo, após a amostra ser submetida a um período de 12 meses de tratamento, observou-se um aumento das estratégias de enfrentamento ativo, enquanto o *coping* evitativo e emocional diminuíram no mesmo período.

Capella e Adan (2017), em estudo com homens em tratamento para o TUS, identificaram, nesta população, menor probabilidade do uso de estratégias adaptativas de enfrentamento, ao passo que estratégias como desengajamento emocional, evitação do problema e afastamento social tiveram altos escores na amostra. Ainda, os achados relacionaram fatores como a gravidade da dependência, o número de recaídas e a idade de início do tratamento ao *coping* desadaptativo. De forma semelhante, nos resultados de Adan, Antúnez e Navarro (2017), homens diagnosticados com TUS e Transtorno Depressivo Maior apresentaram maiores escores em estratégias evitativas e focadas na emoção do que no *coping* focado no problema. O estudo brasileiro de Araújo *et al.* (2010) em uma amostra de usuários de crack identificou como estratégias de *coping* mais utilizadas a aceitação de

responsabilidade (57,2%), seguida de confronto (54,3%) e fuga-esquiva (45,7%), enquanto resolução de problemas (22,9%) e autocontrole (22,8%) foram as menos prevalentes nos pacientes do estudo, o que reflete resultados semelhantes aos anteriores.

Demais estudos também apontaram forte associação entre estratégias desadaptativas de enfrentamento do estresse e maior fissura pela substância ou risco de recaída. Gąsior *et al.* (2015) sugeriram que estratégias eficazes de enfrentamento do estresse, como o planejamento e a ressignificação positiva, exercem uma influência dificultosa sobre a fissura pelo álcool, enquanto a dominância de comportamentos ineficazes (evitação e distração) a fortalecem. Araújo, Castro, Oliveira, e Pedroso (2009) avaliaram as principais estratégias de *coping* utilizadas em pacientes ambulatoriais usuários de tabaco, tendo como estratégias mais utilizadas a aceitação de responsabilidade, o autocontrole e o distanciamento. Para os autores, o *craving* (fissura) mais intenso pode levar o indivíduo a utilizar estratégias pouco eficientes na contenção das emoções e no enfrentamento de situações de risco de recaída. (Araújo *et al.*, 2009)

Forys, McKellar, e Moos (2007) indicaram que, quanto mais estratégias de *coping* geral e específico para o consumo de álcool e menos uso de enfrentamento evitativo, menor o consumo, os problemas relacionados ao beber e a frequência de uso de outras drogas. Ainda, concluíram que a aquisição de habilidades eficazes para manejar eventos estressores cotidianos é importante para aprimorar e fortalecer o enfrentamento do indivíduo na abstinência do álcool. Da mesma forma, em um estudo com usuários de heroína (Gossop, Stewart, Browne, & Marsden, 2002), os participantes que estavam abstinentes demonstraram maior repertório de respostas de enfrentamento eficaz em comparação aos participantes que tiveram lapsos ou recaídas.

Outras evidências consistentes relacionam a recaída ao uso frequente de evitação quando alcoolistas são confrontados com estresse, enquanto na população não clínica, a fuga

da substância pode ocorrer quando outras estratégias de enfrentamento não estão disponíveis, devido a circunstâncias ou devido a déficits inerentes no repertório de enfrentamento individual (Williams & Clark, 1998). Cooper *et al.* (1988) descobriram que estilos de enfrentamento evitativos de emoções eram preditores mais importantes de abuso de álcool do que o enfrentamento focado no problema. Considera-se, então, a possibilidade de que as habilidades gerais de enfrentamento e a responsividade ao estresse possam contribuir diretamente no consumo excessivo de álcool.

De fato, o treinamento de habilidades de enfrentamento tem sido utilizado como uma ferramenta importante no tratamento do transtorno por uso de substâncias, destinando-se a ensinar e proporcionar uma prática supervisionada no uso de habilidades de enfrentamento que devem ser particularmente úteis na diminuição da probabilidade e gravidade da recaída (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney, & Abrams, 2005). Há evidências de que ensinar maneiras de identificar e lidar com situações de alto risco resulta em recaídas menores e menos graves (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin, & Abrams, 1997).

Para Folkman e Lazarus (1985), a avaliação das estratégias de *coping* utilizadas por um indivíduo deve ser feita a partir do entendimento do *coping* como um processo, mutável e dinâmico. Nesse sentido, três importantes critérios devem ser satisfeitos: (a) ele deve ser examinado no contexto de um evento estressante específico; (b) deve ser investigado o que a pessoa realmente faz (em vez do que a pessoa normalmente faz, ou faria, o que é comumente investigado pela abordagem de traços); e (c) múltiplas avaliações são necessárias a fim de examinar mudanças nas estratégias de *coping* ao longo do tempo em que o evento se desenrola.

Nesse sentido, destaca-se a importância da compreensão das estratégias de *coping* enquanto estados que predisõem, em determinados contextos, os indivíduos ao comportamento de uso abusivo de substâncias ou à recaída. Além disso, o entendimento das

estratégias de enfrentamento como determinantes importantes na manutenção da abstinência, variando conforme o ambiente ou a situação de risco à qual o indivíduo é exposto, também se mostra essencial para possibilitar o desenvolvimento de intervenções mais direcionadas e efetivas e colaborar para um melhor planejamento do processo de interrupção do uso, bem como prevenir a recaída (Constant *et al.*, 2014).

1.5. Considerações

A revisão de literatura apresentada procurou abranger os principais estudos que investigam a relação entre EIDs, estratégias de enfrentamento e os comportamentos aditivos, embora não se trate de uma revisão sistemática e não contemple a totalidade dos estudos revisados. Uma ampla gama de pesquisas relativamente recentes têm sugerido que EIDs estejam na base do desenvolvimento e manutenção do TUS e que a TE tem apresentado resultados promissores no tratamento da dependência. Outros estudos consistentes têm relacionado ao ciclo de recaída estratégias de enfrentamento pouco desenvolvidas ou efetivas ao lidar com situações de risco.

Embora esta importante revisão de literatura tenha indicado ambos os constructos como possíveis preditores no desenvolvimento e manutenção da dependência, não foi encontrado, até o momento, qualquer estudo que proponha uma investigação mais específica da interrelação entre EIDs, estratégias de enfrentamento e comportamentos aditivos. Uma avaliação conjunta destes constructos seria de fundamental importância para melhor compreender como os esquemas desadaptativos se relacionam ao abuso de substâncias e que estratégias indivíduos utilizam para lidar com os estados emocionais negativos desencadeados por eles. Diante do exposto, tem-se a importância de se compreender a relação entre esquemas desadaptativos e suas estratégias de enfrentamento no funcionamento psíquico do indivíduo que faz abuso de substância.

1.6. Objetivos

O presente estudo tem por objetivo identificar a ocorrência e prevalência dos EIDs, conforme conceituados acima, e das estratégias de *coping*, segundo os conceitos de Folkman e Lazarus (1985), em indivíduos que frequentam o atendimento ambulatorial da Oficina da Vida/PADEQ – Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), que apresentam diagnóstico para TUS. Além disso, a partir dos resultados obtidos, objetiva identificar possíveis correlações entre as variáveis, a fim de compreender sua relação com o transtorno por uso de substâncias.

2. Método

2.1. Participantes

O estudo foi desenvolvido em uma amostra de conveniência, composta por 20 indivíduos de ambos os sexos e com idades acima de dezoito anos, alfabetizados, que foram triados para admissão no serviço ambulatorial oferecido pela Oficina da Vida/PADEQ.

Foram incluídos indivíduos que apresentaram critérios para dependência de álcool, medicamentos ou quaisquer substâncias ilícitas, de acordo com a avaliação diagnóstica feita pelos profissionais do serviço, segundo critérios estabelecidos pelo DSM-5 (APA, 2014), e dos resultados do ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), descrito mais adiante. Os critérios de exclusão adotados foram os quadros de dependência exclusiva de tabaco, presença de prejuízos cognitivos ou de saúde mental severos ou falta de fluência verbal e escrita importante na língua portuguesa, o que dificultaria a compreensão dos instrumentos de investigação a serem utilizados nesta pesquisa.

2.1.1. Caracterização da amostra – dados sociodemográficos

A amostra final caracterizou-se por ser majoritariamente masculina (65%) e heterogênea quanto à idade. Em relação ao estado civil e presença de filhos, a amostra se compôs em sua maioria de indivíduos solteiros e divorciados (80%) e, em sua maioria, com um ou mais filhos (55%). No que se refere à escolaridade dos participantes, a maioria relatou possuir ensino médio completo ou formação superior (75%), o que caracteriza um bom nível de instrução da amostra. Quanto à renda familiar atual, metade da amostra afirmou receber entre um a três salários mínimos. Já em relação à religião dos participantes, observou-se grande diversidade na amostra, com maior número de católicos (30%).

Quanto à realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico anterior, grande parte afirmou já ter realizado psicoterapia anteriormente (85%), sendo que, destes, quase a metade o fez por um período inferior a 6 meses (41,2%). Já em relação à internação em clínicas ou comunidades terapêuticas em decorrência do uso de substâncias, a maior parte dos participantes respondeu que nunca haviam sido internados (60%). Por fim, no que se refere à utilização de medicamentos, quase a metade dos que afirmaram fazer uso de medicações diversas (46,4%) relatou uso de psicotrópicos (antidepressivos e ansiolíticos). A Tabela 1 apresenta a frequência e porcentagem na amostra de todas as variáveis sociodemográficas descritas acima.

Tabela 1
Dados sociodemográficos da amostra

Idade	F	%
até 20 anos	0	0,00%
21 a 30 anos	7	35,00%
31 a 40 anos	4	20,00%
41 até 50 anos	1	5,00%
acima de 50 anos	8	40,00%
Sexo		
Masculino	13	65,00%
Feminino	7	35,00%

Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	2	10,00%
Ensino Fundamental Completo	2	10,00%
Ensino Médio Incompleto	1	5,00%
Ensino Médio Completo	3	15,00%
Ensino Superior Incompleto	6	30,00%
Ensino Superior Completo	4	20,00%
Pós-Graduação (Especialização)	2	10,00%
Mestrado	0	0,00%
Doutorado	0	0,00%
Estado Civil		
Solteiro (a)	13	65,00%
Casado (a)	2	10,00%
Divorciado (a)	3	15,00%
Viúvo (a)	0	0,00%
Amasiado (a)	2	10,00%
Número atual de filhos		
1	2	10,00%
2	4	20,00%
3	4	20,00%
4 ou mais	1	5,00%
Não tenho	9	45,00%
Renda familiar atual		
menor que um salário mínimo	2	10,00%
de um a três salários mínimos	10	50,00%
de quatro a seis salários mínimos	3	15,00%
maior que seis salários mínimos	5	25,00%
Religião		
Católica	6	30,00%
Espírita	3	15,00%
Evangélica	5	25,00%
Protestante	0	0,00%
Umbanda	0	0,00%
Budista	0	0,00%
Adventista	0	0,00%
Ateu	0	0,00%
Espiritualizado, porém sem religião	4	20,00%
Outra	2	10,00%
Tratamento psicológico/psiquiátrico anterior?		
Não	3	15,0%
Sim	17	85,0%
1 a 3 meses	3	17,65%
4 a 6 meses	4	23,53%
7 a 12 meses	3	17,65%

	acima de ano	7	41,18%
Internação anterior?			
Não		12	60,00%
Sim		8	40,00%
	1 a 3 meses	4	50,00%
	4 a 6 meses	2	25,00%
	7 a 12 meses	1	12,50%
	acima de ano	1	12,50%
Utiliza medicamentos?			
Não		4	20,00%
Sim		16	80,00%
	anticoncepcionais	2	4,88%
	antiinflamatórios	4	9,76%
	antibióticos	1	2,44%
	antidepressivos	12	29,27%
	ansiolíticos	7	17,07%
	homeopáticos	3	7,32%
	analgésicos	5	12,20%
	corticóides	0	0,00%
	morfina	1	2,44%
	anfetaminas	0	0,00%
	anabolizantes	0	0,00%
	outros	6	14,63%

Nota. Fonte: Oficina da Vida/PADEQ – Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

2.1.2. Caracterização da amostra – padrão de consumo de substâncias

No que se refere ao padrão de consumo de substâncias psicoativas na amostra, o qual foi investigado pelo instrumento ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), descrito adiante, tem-se que 95% apresentaram grau de comprometimento de moderado a grave para o consumo de álcool, indicando a necessidade de intervenção breve (45%) ou intensiva (50%). Também foram observados padrões de consumo prejudiciais com necessidade de intervenção para todas as substâncias listadas, porém com maiores percentuais para cocaína/crack e maconha (35%), seguidos de hipnóticos/sedativos (20%). Ressalta-se que vários participantes relataram uso de mais de uma substância, com diferentes padrões de

consumo, o que explica o fato da somatória dos percentuais obtidos para o grau de comprometimento com as diversas substâncias na amostra ultrapassar o total de 100%.

Quanto aos escores médios obtidos para cada substância, o valor referente ao uso de álcool na amostra foi o maior apresentado (25,6) e de grande expressividade quando comparado aos escores para as demais substâncias. Em seguida, os maiores valores apresentados foram para derivados do tabaco (15,10) e cocaína/crack (9,20). A Tabela 2 apresenta a frequência e porcentagem quanto à necessidade de intervenção para o consumo de cada substância na amostra, enquanto a Tabela 3 apresenta os respectivos escores médios finais.

Tabela 2
Necessidade de intervenção para cada substância

Substâncias	Nenhuma Intervenção		Receber Intervenção Breve		Encaminhar para Tratamento Intensivo	
	F	%	F	%	F	%
Derivados do tabaco	6	30%	13	65%	1	5%
Bebidas alcoólicas	1	5%	9	45%	10	50%
Maconha	13	65%	6	30%	1	5%
Cocaína/Crack	13	65%	4	20%	3	15%
Anfetamina/Êxtase	18	90%	2	10%	0	0%
Inalantes	19	95%	1	5%	0	0%
Hipnóticos/Sedativos	16	80%	4	20%	0	0%
Alucinógenos	18	90%	2	10%	0	0%
Opióides/Opiáceos	18	90%	2	10%	0	0%
Outras; Especificar	19	95%	1	5%	0	0%

Nota. Fonte: Oficina da Vida/PADEQ – Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Tabela 3
Escore médios para cada substância

Substâncias	Escore Médio	DP
Bebidas alcoólicas	25,60	9,20
Derivados do tabaco	15,10	12,06
Cocaína/Crack	9,20	13,36
Maconha	5,15	9,15
Hipnóticos/Sedativos	2,90	7,26
Anfetamina/Êxtase	1,55	4,39
Opióides/Opiáceos	1,10	2,61
Alucinógenos	0,70	1,78
Inalantes	0,60	1,57
Outras; Especificar	0,30	1,34

Nota. Fonte: Oficina da Vida/PADEQ – Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

2.2. Instrumentos

2.2.1. ASSIST – *Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (Anexo 1)*

Inicialmente, com a finalidade de avaliar os participantes com relação à dependência de substâncias, para que se pudesse categorizá-los na amostra do estudo, foi utilizado o ASSIST. O instrumento foi desenvolvido por pesquisadores de vários países, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas (Formigoni, Henrique, Lacerda, Lacerda, & Micheli, 2004).

Composto de 08 questões, investiga o padrão de uso de substâncias lícitas e ilícitas de maneira simples e breve. Trata-se de um instrumento validado, que fornece as seguintes informações: uso na vida de várias substâncias, uso nos últimos três meses, presença ou risco futuro de ter problemas relacionados ao uso da substância, dependência e uso de drogas injetáveis. Cada pergunta permite respostas que quantificam a intensidade do uso e da

frequência dos problemas relacionados que são traduzidas numa pontuação final, a qual indica o grau de comprometimento com a substância usada. (Formigoni *et al.*, 2004)

O escore final obtido pelo instrumento varia em uma escala de 0 a 39 pontos, em que a pontuação de 0 a 10 para álcool e de 0 a 3 para todas as demais substâncias indica que o respondente não apresenta padrão de consumo que necessite de intervenção terapêutica. Já se o indivíduo pontuar de 11 a 26 para álcool ou de 4 a 26 para as demais substâncias, o resultado aponta um padrão de consumo já com problemas relacionados, indicando a necessidade de uma intervenção breve inicial. Por fim, o escore acima de 26 pontos para todas as substâncias revela um padrão de consumo com alto grau de comprometimento, o que indica a necessidade de que o indivíduo seja encaminhado para tratamento mais intensivo.

2.2.2. Questionário de dados sociodemográficos (Anexo 2)

Foi também utilizado um questionário próprio formulado para esta pesquisa com a finalidade de mapear características sociodemográficas da amostra, tais como idade, sexo, escolaridade, estado civil, religião, situação ocupacional e renda, história médica/psiquiátrica e de tratamentos anteriores, que podem ser relevantes na compreensão dos resultados obtidos.

2.2.3. YSQ-S2 – Questionário de esquemas de Young – forma reduzida (Young Schema Questionnaire – Short Form) (Anexo 3)

Visando identificar e mapear os EIDs, Young (2003) desenvolveu o Young Schema Questionnaire (YSQ), ou Questionário de Esquemas de Young (em sua forma traduzida), cuja versão original é composta de duzentas e cinco afirmativas. Já a versão reduzida, a mesma utilizada nesta pesquisa, é composta por setenta e cinco itens que avaliam 15 EIDs inseridos em cinco grandes domínios, descritos anteriormente. Os itens são dispostos em forma de afirmativas, avaliadas através de uma escala tipo *likert* de seis pontos. Trata-se de um

instrumento de autoaplicação, no qual se indica a percepção do examinando, da forma que melhor o descreve, conforme exemplo na Tabela 4.

Tabela 4
Exemplos de afirmativas do instrumento YSQ-S2 e os respectivos EIDs avaliados

Afirmativa	EID avaliado
“A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo, e se importar profundamente com o que me acontece.”	Privação Emocional (Domínio Desconexão e Rejeição)
“Não consegui me separar de meu pai/minha mãe, ou de ambos, assim como outras pessoas da minha idade parecem conseguir.”	Emaranhamento (Domínio Autonomia e Desempenho Prejudicados)
“Sou aquela/e que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próxima/o.”	Autossacrifício (Domínio Direcionamento para o Outro)
“Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim tarefas rotineiras ou chatas.”	Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes (Domínio Limites prejudicados)
“Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.”	Padrões Inflexíveis (Domínio Supervigilância e Inibição)

Nota. Fonte: YSQ-S2 – Questionário de esquemas de Young – forma reduzida (Young Schema Questionnaire – Short Form). Adaptado e validado por Cazassa (2007).

O YSQ-S2 foi utilizado nesta pesquisa com a finalidade de verificar as médias de respostas dos EIDs e sua prevalência na amostra. O instrumento foi adaptado e validado para a amostra brasileira por Cazassa (2007) com um bom grau de consistência interna. Além disso, os resultados psicométricos do estudo de Silva *et al.* (2012), comparando um grupo clínico de alcoolistas a um grupo não clínico, identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto em domínios quanto em esquemas.

Os achados da revisão de literatura de Cazassa e Oliveira (2008) também revelaram a alta sensibilidade discriminativa do instrumento, considerando as diferenças entre grupos

clínicos e não clínicos. A escala apresenta índices de consistência interna, tanto na forma longa quanto na versão breve, em pesquisas realizadas em diferentes países e culturas (Cazassa & Oliveira, 2008). Os resultados, em diferentes pesquisas com amostras apresentando diferentes patologias denotam que o instrumento se mostra sensível e com poder discriminativo para identificar os EIDs nessa população e configura-se como um instrumento promissor na avaliação dos esquemas desadaptativos, mostrando-se um importante recurso para uma avaliação mais profunda do funcionamento da personalidade do paciente (Cazassa, 2007; Silva *et al.*, 2012).

2.2.4. Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (Anexo 4)

Com a finalidade de investigar as estratégias de enfrentamento mais comuns na amostra, foi utilizado o Inventário de Estratégias de *Coping*, um instrumento desenvolvido por Folkman e Lazarus (1985) e adaptado para o Brasil por Savóia, Santana, e Mejias (1996). O questionário se apresenta com 66 itens que avaliam pensamentos e ações que os indivíduos utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico, conforme exemplificado na Tabela 5.

O instrumento, adaptado para o Brasil por Savóia *et al.* (1996) trata-se de um questionário com escala Likert de quatro pontos que avalia a frequência com que cada uma das 66 estratégias de enfrentamento foi utilizada: 0 = não usei esta estratégia; 1 = usei um pouco; 2 = usei bastante; 3 = usei em grande quantidade. A escala avalia as estratégias de *coping* em 8 diferentes fatores, já apresentados anteriormente, distribuídos da seguinte forma: confronto (fator 1), afastamento (fator 2), autocontrole (fator 3), suporte social (fator 4), aceitação de responsabilidade (fator 5), fuga-esquiva (fator 6), resolução de problemas (fator 7) e reavaliação positiva (fator 8) (Constant, 2013), conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5

Exemplos de afirmativas do instrumento Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus e os respectivos fatores avaliados

Afirmativa	Fator avaliado
“Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).”	Fator 1 - Confronto
“Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.”	Fator 2 - Afastamento
“Procurei encontrar o lado bom da situação.”	Fator 3 - Autocontrole
“Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.”	Fator 4 - Suporte Social
“Prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.”	Fator 5 - Aceitação de Responsabilidade
“Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.”	Fator 6 - Fuga-Esquiva
“Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.”	Fator 7 - Resolução de Problemas
“Saí da experiência melhor do que eu esperava.”	Fator 8 - Reavaliação Positiva

Nota. Fonte: Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus. Adaptado por Savóia et al. (1996).

Os resultados dos testes empregados no estudo de Savóia *et al.* (1996) demonstraram que o instrumento é fidedigno e válido para o estudo de estratégias de *coping*. Demonstrou-se também a correspondência entre a versão original em inglês e a sua tradução para o português. Observou-se, ainda, uma boa estabilidade temporal e consistência interna no instrumento.

Como as questões do instrumento podem ser utilizadas para avaliar as estratégias de enfrentamento em qualquer situação, para a amostra desta pesquisa, os participantes foram solicitados a pensar em uma situação problemática ou conflituosa recente na qual tenha sentido forte fissura pela substância, com a seguinte instrução: “*Recorde uma situação difícil, conflituosa, pela qual tenha passado recentemente e na qual você tenha sentido fissura, isto*

é, um forte desejo em consumir a substância de sua preferência, seja em forma de lembranças, pensamentos, imagens, etc. Em seguida, você avaliará qual destas estratégias você utilizou para enfrentar, lidar com tal situação naquele dado momento.”.

2.2.5. Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Anexo 5)

Trata-se de um termo formulado especialmente para esta pesquisa, com o intuito de, inicialmente, informar ao participante os objetivos, riscos e benefícios do estudo, além do conteúdo e forma de aplicação dos instrumentos descritos acima. O TCLE assegura ao participante o caráter voluntário de sua adesão à pesquisa, o direito de desistir a qualquer momento, bem como a confidencialidade das informações fornecidas por ele. Por fim, oferece suporte por parte dos pesquisadores, em caso de questionamentos ou reclamações no decorrer de toda a pesquisa, e, ao final, atesta o consentimento livre e esclarecido do participante.

2.3. Procedimentos

Inicialmente, foi feita a apresentação do projeto à coordenação da Oficina da Vida/PADEQ (Programa de Atenção ao Dependente Químico) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), bem como à Diretoria de Qualidade de Vida do Servidor (DIRQS), à qual o programa está subordinado. Foi solicitada a autorização de ambos, mediante documento escrito (Anexo 6), a fim de que o estudo pudesse ser realizado. Posteriormente, a proposta do estudo foi devidamente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFU para autorização antes de seu início, tendo sido aprovada mediante o parecer consubstanciado de 19 de março de 2018 (Anexo 7), referente ao certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) de número 80699517.4.0000.5152.

Os procedimentos do presente estudo seguiram as diretrizes do referido comitê, de forma que os indivíduos da amostra foram informados sobre os objetivos e método da

pesquisa. Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão na amostra foram convidados a participar, mediante assinatura do consentimento livre e esclarecido, logo após terem passado pela triagem no serviço, sendo a adesão de caráter voluntário.

Os mesmos foram assegurados de que as suas identidades seriam mantidas em sigilo, bem como as informações prestadas nos questionários aplicados. Caso não concordassem em participar, teriam esse direito respeitado, sem nenhum prejuízo no andamento de seu tratamento na Oficina da Vida/PADEQ ou de qualquer outra ordem. Aqueles que concordaram, assinaram o TCLE e a autorização para a publicação dos dados da pesquisa em fontes científicas. Além disso, foram assegurados do direito de desistir em qualquer etapa do processo, sem prejuízos de qualquer natureza.

Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa responderam a todos os instrumentos descritos anteriormente, individualmente, após sua triagem de admissão ao serviço da Oficina da Vida/PADEQ. Em casos excepcionais, como indisponibilidade do participante ou do pesquisador naquele momento, o preenchimento dos questionários foi realizado em outro momento, em dia e horário definidos em conjunto com o pesquisador e o participante. A aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente, em uma única vez, em um período de tempo que não exedeu 1h e 30 minutos, conforme os termos do TCLE. Não houve uma ordem específica de aplicação dos questionários, sendo que cada participante foi instruído a respondê-los aleatoriamente, na ordem em que julgasse mais conveniente.

Os instrumentos foram respondidos nas dependências da Oficina da Vida/PADEQ, em sala fechada, com estrutura, mobiliário, iluminação e ventilação adequados. O pesquisador acompanhou o participante durante toda a aplicação, para orientá-lo e esclarecer possíveis dúvidas.

2.3.1. Riscos

Vale ressaltar que a participação dos indivíduos no estudo não lhes proporciona qualquer prejuízo de ordem pessoal, envolvendo apenas um risco mínimo de identificação. No entanto, para minimizá-lo ainda mais, cada participante identificou-se nos questionários apenas com um número aleatório de três dígitos, escolhido por ele mesmo, entre 100 e 999. Após o preenchimento, os instrumentos foram guardados em envelopes lacrados até o momento da análise dos dados, em local seguro. Além disso, assegurou-se que nenhuma outra pessoa, além dos pesquisadores, teria acesso às informações contidas nos instrumentos, nem mesmo os profissionais da Oficina da Vida/PADEQ. As informações fornecidas são de caráter totalmente confidencial.

2.3.2. Benefícios

Enquanto benefícios do estudo, resalta-se que o mesmo pode beneficiar a comunidade científica através de uma melhor compreensão dos esquemas desadaptativos e estratégias de *coping* que podem estar envolvidos no Transtorno por Uso de Substâncias e da possibilidade de se pensar em estratégias mais eficazes de prevenção e tratamento em estudos futuros.

2.4. Metodologia e análise dos dados

Inicialmente, por se tratar de um estudo transversal, de caráter descritivo, para caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e padrão de consumo de substâncias, foram utilizadas análises estatísticas descritivas como frequência, porcentagem, média e desvio-padrão que foram apresentados nas Tabelas de 1 a 3. Os dados que se referem à ocorrência e prevalência dos EIDs, bem como das estratégias de *coping* na amostra, também foram submetidos às mesmas análises estatísticas descritivas (Tabelas 4 e 5).

Quanto ao caráter correlacional do estudo e seu objetivo de identificar a relação entre as variáveis, os dados obtidos foram submetidos a uma análise de correlação de Spearman (estatística não paramétrica), em virtude do tamanho da amostra (Tabela 6). Todas as análises foram realizadas por meio do programa SPSS 18.0 (Program Statistical Package for the Social Sciences) for Windows®.

Por fim, junto aos dados quantitativos, foi realizada uma análise qualitativa dos resultados obtidos com base nas teorias que sustentam o estudo, a fim de descrever e compreender a relação entre as variáveis na amostra. Os resultados da pesquisa serão divulgados através de publicações científicas.

3. Resultados

Os resultados obtidos serão apresentados a seguir conforme os objetivos do estudo descritos anteriormente.

3.1. Médias de respostas dos EIDs na amostra

A Tabela 6 apresenta, em ordem decrescente, os escores médios e desvios padrão obtidos para cada EID na amostra.

Tabela 6
Médias e Desvios-Padrão dos EIDs na amostra

EIDS	M	DP
Autossacrifício	3,89	1,35
Autocontrole/Autodisciplina insuficientes	3,35	1,39
Padrões Inflexíveis	3,35	1,31
Abandono/Instabilidade	2,86	1,45
Isolamento Social/Alienação	2,86	1,46
Merecimento	2,77	0,97
Inibição Emocional	2,77	1,79
Emaranhamento	2,77	1,14
Desconfiança/Abuso	2,71	1,25

Vulnerabilidade a Danos e Doenças	2,68	1,29
Subjugação	2,48	1,08
Privação Emocional	2,38	1,28
Dependência/Incompetência	2,01	1,28
Defectividade/Vergonha	1,83	1,01
Fracasso	1,83	1,16

Nota. Fonte: Oficina da Vida/PADEQ – Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

3.2. Médias de respostas das estratégias de *coping* na amostra

A Tabela 7 apresenta, em ordem decrescente, os escores médios e desvios padrão para as estratégias de *coping* investigadas na amostra.

Tabela 7

Médias e Desvios-Padrão das estratégias de coping na amostra

Estratégias de Coping	M	DP
Fuga-Esquiva	2,25	0,94
Aceitação de Responsabilidade	1,65	0,60
Suporte Social	1,63	0,96
Resolução de Problemas	1,49	0,84
Autocontrole	1,35	0,65
Reavaliação Positiva	1,33	0,76
Confronto	1,14	0,53
Afastamento	0,94	0,52

Nota. Fonte: Oficina da Vida/PADEQ – Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

3.3. Ccorrelação entre as variáveis EIDs e estratégias de *coping*

A partir da análise de correlação de Spearman, foram obtidos nove coeficientes de correlação significativos ($p < 0,05$) entre os EIDs e estratégias de *coping* amostra, conforme apresentado na Tabela 8.

Tabela 8

Coefficientes de correlação (Spearman) significativos entre EIDs e estratégias de coping

Estratégias de Coping	EIDs							
	Vulnerabilidade ao Dano e à Doença	Subjugação	Autossacrifício	Merecimento	Isolamento Social	Inibição Emocional	Dependência/Incompetência	Padrões Inflexíveis
Confronto	0,469*	0,473*	0,461*	0,513*				
Autocontrole					0,454*			
Suporte Social						(-0,447)*		
Resolução de Problemas							(-0,474)*	
Fuga-Esquiva		0,449*						
Aceitação de Responsabilidade								(-0,495)*

* $p < 0,05$

4. Discussão

4.1. Dados gerais da amostra – sociodemográficos e padrão de consumo de substâncias

No que se refere aos dados sociodemográficos da amostra, observa-se uma distribuição variada entre a idade dos participantes, sendo 35% da amostra com indivíduos mais jovens (até 30 anos), 25 % de indivíduos de meia idade (30 a 50 anos) e 40% de indivíduos mais velhos (acima de 50 anos). Além disso, quanto ao estado civil, o fato da maioria da amostra ser de solteiros e divorciados (80%), pode-se supor que a falta de vínculo conjugal, que é um dos principais fatores protetivos no desenvolvimento e tratamento do TUS, exerça influência negativa na gravidade do padrão de consumo das substâncias e, consequentemente, no enfrentamento necessário para a manutenção da abstinência. Aliado a isso, quase metade da amostra não tem filhos (45%), o que se configura como mais um importante fator protetivo e de suporte social ausente, podendo impactar negativamente no enfrentamento do TUS.

Quanto à realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico anterior, nota-se que metade da amostra ou nunca havia realizado tratamento anterior (15%) ou o fizeram por um período menor que 6 meses (35%), que também pode se configurar como um fator agravante no desenvolvimento do TUS e dificultador em seu enfrentamento, visto que psicoterapias breves não são, em termos de sua eficácia, as mais indicadas para o tratamento deste tipo de transtorno crônico. Ainda, cabe destacar que 60% da amostra nunca se internaram em clínicas ou comunidades terapêuticas em decorrência do uso de substâncias e 30% o fizeram por período menor que 6 meses, o que também dificulta no tratamento e pode contribuir para o agravamento do TUS.

Já no que se refere ao uso de medicamentos, observa-se na amostra que 37% fazem uso de psicotrópicos (antidepressivos e ansiolíticos), o que sugere a presença de comorbidades importantes, como transtornos de humor e ansiedade, mesmo que estes não tenham sido investigados por instrumentos específicos. Este dado, por sua vez, revela outros fatores que possam impactar diretamente na piora do quadro e prognóstico do TUS.

Por fim, o alto padrão de consumo de álcool na amostra, com 95% dos participantes apresentando consumo com grau de comprometimento de moderado a grave, indica o álcool como a principal droga de escolha dos indivíduos, provavelmente por ser lícita, de fácil acesso e cujo consumo é estimulado e reforçado socialmente. Além disso, vale ressaltar que o consumo de álcool está frequentemente associado ao uso de demais substâncias, pelos seus efeitos iniciais de diminuição da censura e controle inibitório, o que, por sua vez, configura-se como mais um fator de provável impacto negativo no enfrentamento do TUS.

4.2. Prevalência dos EIDs na amostra

A partir dos resultados obtidos, observa-se grande parte das médias dos EIDs na amostra com valores acima do escore médio geral para os 15 EIDs na amostra ($M=2,7$). Tais

achados são consistentes com a revisão de literatura já apresentada. De fato, segundo Young *et al.* (2003), teoriza-se que transtornos mentais crônicos como os TUS são baseados em, emergem de e são mantidos por EIDs. O que se sabe é que esquemas desadaptativos produzem altos níveis de emoções negativas associadas, levando a consequências autodestrutivas, como o uso de substâncias, que interferem na satisfação das necessidades básicas de conexão, autonomia e autoexpressão dos indivíduos (Young *et al.*, 2003).

Lima e Ferreira (2015) apontam que altos níveis de EIDs em usuários de substâncias podem explicar a recorrência e duração prolongada de seu padrão de consumo, uma vez que EIDs resultam em aprendizagens disfuncionais quanto à interação do sujeito com outras pessoas e com o ambiente. Dessa forma, na impossibilidade de enfrentar os esquemas, os comportamentos adictos tornam-se uma alternativa ilusória de enfrentamento, podendo ocorrer como uma forma de resignação, evitação ou hipercompensação desses esquemas.

Por outro lado, o padrão abusivo de consumo de substâncias, como o que se observa na amostra, também pode funcionar como um dificultador no enfrentamento ativo e adaptativo dos EIDs, contribuindo como uma espécie de círculo vicioso para a perpetuação de tais esquemas. Para Shorey *et al.* (2011), se os indivíduos utilizam substâncias psicoativas para lidar com seus esquemas desadaptativos, então é possível que este padrão de consumo também esteja reforçando seus EIDs, tornando-os ainda mais rígidos e resistentes a mudanças.

Particularmente para os esquemas autossacrifício, autocontrole/autodisciplina insuficientes e padrões inflexíveis, que apresentaram as maiores médias de respostas ($M > 3$), os resultados vão ao encontro de grande parte da literatura em questão. De forma semelhante, diversos estudos também encontraram tais EIDs com os maiores escores em amostras clínicas e/ou com as diferenças de média mais significativas quando comparados a amostras não clínicas (Díaz *et al.*, 2011; Shorey, Brasfield, Anderson, & Stuart, 2014; Shorey *et al.*, 2011; 2012a; 2012c; 2012d; 2013a; 2013b, 2013c; Silva *et al.*, 2012; Jalali *et al.*, 2011; Janson

2015), o que apoia fortemente a hipótese de que tais esquemas possam exercer um importante papel na etiologia e/ou manutenção do TUS.

O esquema de autossacrifício foi o que se apresentou com maior prevalência na amostra, assim como tem sido demonstrado em diversos estudos (Janson, 2015; Shorey *et al.*, 2012a; 2012c; 2013a; 2013b; 2013c; 2014). É essencialmente caracterizado por um foco excessivo em atender as necessidades alheias em detrimento das próprias necessidades e desejos e de obter autogratificação. Para Young *et al.* (2008), isso geralmente é feito por três razões principais, a saber: (1) evitar a dor ao ajudar o outro, (2) não se sentir culpado e (3) manter uma conexão com os outros. No entanto, por consequência, está frequentemente associado a baixos níveis de autoestima e autoeficácia. Dessa forma, é provável que esteja intimamente associado à etiologia e/ou manutenção do TUS, uma vez que o indivíduo pode fazer uso das substâncias em busca de autogratificação, como uma maneira de lidar com a falta de realização pessoal e não satisfação de suas necessidades, que caracterizam este EID (Shorey *et al.*, 2012c; Young, 2003).

Indivíduos com este esquema, geralmente se sentem excessivamente responsáveis por cuidar de outras pessoas, principalmente das mais afetivamente íntimas, o que muitas vezes se manifesta por uma falta de satisfação emocional consigo mesmo (Young *et al.*, 2008). A fim de lidar com tal insatisfação e com sentimentos de estar sendo “explorado” por outros, de raiva ou ressentimento, frequentemente decorrentes deste esquema, indivíduos podem adotar mecanismos de evitação, como o uso de álcool e outras drogas, como forma de bloquear o estresse e de alívio temporário dos estados emocionais negativos decorrentes (Díaz *et al.*, 2011). De fato, pesquisas têm mostrado que evitar as crenças e sentimentos decorrentes dos EIDs está associado ao aumento da severidade do uso do álcool (Ball, 2007; Ball & Young, 2000; Brothie *et al.*, 2007).

Outra possível explicação para altos níveis deste esquema, tanto neste estudo, como nos demais citados, é a influência da desejabilidade social, visto que o autossacrifício é muitas vezes representado por comportamentos vistos como altruístas (Young *et al.*, 2008), o que torna este EID socialmente desejável e esperado. Dessa forma, ao serem avaliados quanto ao autossacrifício, pelo instrumento YSQ-S2, uma hipótese é que indivíduos tendam a se identificar com afirmativas como “*Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesma/o.*” ou “*Sempre fui aquela/e que escuta os problemas de todo o mundo.*”, como uma forma de manifestar comportamentos socialmente desejáveis.

Por fim, analisando o abuso de substâncias por um indivíduo e os consequentes danos gerados às relações dentro do contexto familiar, não se pode deixar de considerar o caráter contraditório entre tal aspecto e os comportamentos típicos do esquema autossacrifício. Nesse sentido, pode-se supor que o abuso e dependência de substâncias se desenvolvam como uma forma de hipercompensação do esquema, isto é, se refletem em comportamentos diametralmente opostos ao padrão esquemático. A partir dessa hipótese, indivíduos podem fazer uso de substâncias como uma forma de se “rebelar”, obtendo gratificação imediata e satisfazendo apenas suas necessidades, em detrimento das necessidades e desejos de seus familiares, uma vez que pode interpretar o familiar como alguém que impõe suas necessidades emocionais e desejos, o que poderia provocar um processo de hipercompensação do esquema por meio do abuso de substância. Cabe destacar, ainda, que esse esquema desadaptativo é condicional, segundo Young *et al.* (2003), de tal forma que sacrificar-se, assim como subjugar-se, buscar aprovação, inibir emoções ou se esforçar para cumprir padrões elevados são tentativas de evitar um resultado negativo (como, por exemplo, as consequências sociais do uso do álcool), pelo menos temporariamente. Como se nota, o TUS pode funcionar tanto uma hipercompensação do esquema condicional de autossacrifício, como uma forma de evitação de resultados negativos em função do abuso de substâncias.

Em seguida, os EIDs que apresentaram as maiores médias de respostas na amostra foram autocontrole/autodisciplina insuficientes e padrões inflexíveis, assim como revelado em estudos anteriores (Jalali *et al.*, 2011; Janson, 2015; Karami, Massah, Farhoudian, & O'jei, 2015; Silva *et al.*, 2012; Shorey *et al.*, 2011; 2012c; 2012d; 2013a; 2013b; 2013c; 2014).

O esquema de autocontrole/autodisciplina insuficientes, caracterizado basicamente pelo comportamento impulsivo e pela incapacidade de adiar gratificação, em geral, leva à baixa tolerância à frustração e a sentimentos negativos, como a raiva (Young *et al.*, 2008). Indivíduos com este esquema tendem a apresentar dificuldade em assumir compromissos e responsabilidades (Karami *et al.*, 2015) e em exercer orientação de longo prazo. Frequentemente, buscam evitar desconforto, dor e conflitos de forma exagerada (Young *et al.*, 2008). Nesse sentido, a busca pelo alívio imediato, associada à incapacidade de pensar nas possíveis consequências do próprio comportamento, faz com que, possivelmente, este EID esteja intimamente ligado à prática de comportamentos desviantes, como o uso de drogas e demais comportamentos de risco.

Não é de se surpreender que esse EID apresente altos níveis entre indivíduos com TUS, tendo em vista o caráter compulsivo do transtorno e a dificuldade em controlar impulsos para o consumo e adiar a gratificação imediata que a substância proporciona, apesar dos prejuízos relacionados. De fato, vários estudos (Díaz *et al.*, 2011; Jalali *et al.*, 2011; Karami *et al.*, 2015; Shorey *et al.*, 2012b, 2012c; 2012d; 2013b; 2013d; 2014) têm indicado a falta de autocontrole e a incapacidade de estabelecer limites racionais para si mesmo como um dos principais preditores de comportamentos de risco, como o uso de substâncias.

Sendo os comportamentos de evitação de desconforto e conflitos característicos de indivíduos com este EID, isso os torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de um padrão disfuncional de uso de substâncias, uma vez que o álcool e demais drogas passam a funcionar como uma saída prazerosa para se esquivar de desconforto e pressões de responsabilidades.

No entanto, pelo caráter temporário do efeito das substâncias, tem-se novamente a necessidade de busca pelo prazer e alívio proporcionados pelo consumo, criando-se um padrão repetitivo de abuso que leva à dependência (Figlie *et al.*, 2004; Lima & Ferreira, 2015).

O desejo e o prazer com o consumo da substância são marcados pela impulsividade e urgência da satisfação. Sendo assim, é nesta fase da incessante busca pelo prazer que a dependência se instala, pois, primeiro a droga ocupa o lugar da falta, proporcionando prazer. Terminado seu efeito, surge sofrimento, passando a substância a ser desejada cada vez mais intensamente, formando um ciclo vicioso: consumo - falta – consumo (Rocha & Junior, 2010). É possível que indivíduos com o esquema incondicional de autodisciplina e autocontrole prejudicados façam uso de substâncias na tentativa de lidar com o desconforto emocional associado à inabilidade de autocontrole, buscando gratificação imediata e aliviando a dor, como uma forma de evitação do esquema.

Alternativamente, o abuso de substâncias pode ser iniciado e perpetuado por um mecanismo de resignação ao esquema, em que o indivíduo, ao se tornar consciente de sua inabilidade de se comportar com autocontrole apropriado, age de forma a confirmar tais crenças. Comportamentalmente, a resignação a este esquema pode se dar por meio de comportamentos autodestrutivos consonantes, repetindo os padrões negativos evocados pelo esquema (Wainer & Rijo, 2016). Nesse sentido, a dependência de substâncias pode ser desenvolvida e mantida pela falta de capacidade de perceber as consequências em longo prazo de seu comportamento de uso e de exercer autocontrole apropriado para interromper ou modificar um padrão prejudicial de consumo, como uma espécie de “aceitação” de que nada pode ser feito para isso. Cabe destacar que o EID de autocontrole/autodisciplina insuficientes é incondicional e que, segundo Young *et al.* (2003), não oferece esperanças ao paciente, não importando o que o indivíduo faça, pois o resultado será o mesmo. Logo, a dependência

química vista como um processo de manutenção deste EID é uma perspectiva bastante razoável.

Por fim, não se pode desconsiderar que mecanismos neurobiológicos também possam estar relacionados aos comportamentos de déficits em autocontrole. Estudos de imagem revelam reduções substanciais nos volumes de algumas estruturas cerebrais em dependentes de álcool, particularmente no córtex pré-frontal, que exerce papel central nas funções executivas, como a tomada de decisão e controle inibitório. Consequentemente, déficits nessas áreas do cérebro podem afetar os circuitos motivacionais, prejudicando a capacidade do organismo de inibir o comportamento impulsivo e, assim, contribuindo ainda mais para o comportamento patológico de consumo de substâncias (Gilpin & Koob, 2008).

Estudos anteriores, de forma semelhante, também têm revelado altos escores para o EID padrões inflexíveis (Janson, 2015; Silva *et al.*, 2012; Shorey *et al.*, 2011; 2012c; 2012d; 2013a; 2013b; 2013c; 2014). Este esquema caracteriza-se por expectativas excessivamente altas e rígidas quanto ao comportamento próprio e pela crença central de que é preciso se esforçar constantemente para alcançar padrões internalizados muito elevados e inflexíveis. Indivíduos com este esquema podem vivenciar uma pressão intensa para um bom desempenho, o que consequentemente leva a um aumento da ansiedade sobre a possibilidade de não corresponder aos altos padrões estabelecidos (Young *et al.*, 2008).

Dessa forma, crenças e comportamentos associados a este esquema podem estar etiológicamente relacionados ao TUS. Isso porque o uso de substâncias pode ser iniciado e mantido como uma forma de lidar com o estresse e ansiedade intensos provocados pela excessiva exigência internalizada e pela necessidade constante de atender a tais expectativas irrealistas de comportamento (Shorey *et al.*, 2012b; 2012c; 2013b), tendo em vista o efeito entorpecente do álcool e demais drogas.

Considerando a dificuldade que indivíduos com esses padrões têm de relaxar, em conjunto com a pressão e vigilância excessivas que exercem sobre si mesmos, o uso de substâncias pode ser entendido como uma “válvula de escape” para lidar com essas pressões e uma forma de alívio temporário para reduzir a tensão provocada, caracterizando uma estratégia de evitação do esquema (Lima & Ferreira, 2015). Além disso, indivíduos com o esquema padrões inflexíveis buscam atingir altos níveis de desempenho a fim de evitar comportamentos que possam resultar em desaprovação e vergonha. No entanto, caso tais padrões irrealistas e inflexíveis falhem em serem alcançados, eles experimentarão sofrimento psicológico e emoções negativas associadas (Zamirinejad *et al.*, 2018). Consequentemente, é provável que estes indivíduos façam uso de substâncias como uma estratégia de lidar com este sofrimento.

Além disso, assim como levantado anteriormente para o esquema autossacrifício, é provável, ainda, que o abuso de substâncias seja mantido como uma estratégia de hipercompensação do esquema. Visto que o abuso de álcool e outras drogas é tido como um comportamento socialmente desviante, fazê-lo pode representar ao indivíduo uma ruptura às regras e padrões inflexíveis autodirigidos e internalizados, uma forma de dizer não às exigências internas, aliviando, assim, a pressão e sofrimento decorrentes. De qualquer forma, a marca fundamental desse EID é a rigidez e a inflexibilidade psíquica do indivíduo que o apresenta. Nesse sentido, pode-se argumentar a favor da idéia de que tal inflexibilidade esteja na base de regras ou crenças de alívio, tanto quanto naquelas ligadas à permissão para o uso das substâncias. Tal rigidez perpetua indefinidamente o ciclo vicioso: consumo - falta – consumo (Rocha & Junior, 2010).

Por fim, novamente deve-se considerar o efeito da desejabilidade social ao analisar os altos níveis deste EID na amostra, visto que os comportamentos de busca por alto desempenho característicos deste esquema são, em grande parte, socialmente reforçados e

esperados, o que pode influenciar nas respostas a alguns itens do instrumento, como “*Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.*” ou “*Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.*”.

Posteriormente, ambos no domínio de Desconexão e Rejeição, os EIDs abandono/instabilidade e isolamento social/alienação, que apresentaram as mesmas médias nos escores para a amostra, também são particularmente prováveis de estarem associados ao uso problemático de substâncias. Estudos anteriores identificaram altos escores para estes EIDs em amostras clínicas (Aaron, 2013; Díaz *et al.*, 2011; Shorey *et al.* 2012d; 2013b; 2013d), além de diferenças significativas quando comparadas aos escores de amostras não clínicas (Jalali *et al.*, 2011; Shorey *et al.* 2012b; Silva *et al.*, 2012). Resultados de outras pesquisas, ainda, apresentaram correlação significativa entre o uso de substâncias e o domínio Desconexão e Rejeição (Aaron, 2013; Díaz *et al.*, 2011; Shorey *et al.* 2013a) e seu poder em prever o potencial para adicção (Bojed & Nikmanesh, 2013).

O esquema de abandono/instabilidade é caracterizado pela falta de estabilidade e confiabilidade na relação com as pessoas e pela percepção de que estas são instáveis e imprevisíveis, levando à crença por parte do indivíduo de que elas o abandonarão ou deixarão de proporcionar conexão, apoio emocional ou proteção (Young *et al.*, 2008). Frequentemente revelam uma forte necessidade de cuidado, aceitação e compartilhamento de sentimentos, sendo que, quando tais necessidades não são atendidas de maneira previsível, o abuso de substâncias pode ocorrer como uma forma de evitação dos sentimentos de insegurança, abandono e instabilidade.

O repetido padrão de esquiva destes estados emocionais negativos acaba impedindo o indivíduo de desenvolver habilidades mais funcionais (Figlie *et al.*, 2004). Consequentemente, sua vinculação social e afetiva torna-se cada vez mais comprometida, o que reduz ainda mais seus recursos de enfrentamento, tornando as substâncias uma forma

atraente de “enfrentamento”. Isso porque, a partir da crença de que suas necessidades afetivas não serão atendidas, o indivíduo pode fazer uso de álcool e outras drogas como uma forma de obter satisfação, gratificação e prazer (Lima & Ferreira, 2015).

Por outro lado, a dependência de substâncias pode, ainda, se desenvolver como uma hipercompensação deste esquema, tendo em vista que muitos indivíduos podem fazer abuso de álcool, principalmente, na busca incessante de promover a socialização e, assim, estabelecer conexão e vínculos afetivos com as pessoas, agindo como se o oposto ao esquema fosse verdadeiro.

Por fim, Shorey *et al.* (2013d), ao encontrarem altos escores para este EID em uma amostra de adultos em tratamento para o TUS, também levantaram a hipótese de que este esquema tenha aumentado durante períodos ativos de abuso de substâncias. Uma possível explicação para isso talvez seja o fato de que o comportamento adictivo, de fato, leva a inúmeros prejuízos de ordem social e nas relações familiares e afetivas, o que, por sua vez, pode contribuir para perpetuar o esquema em questão e aumentar os sentimentos de isolamento, rejeição e abandono.

O EID isolamento social/alienação, por sua vez, caracteriza-se pela percepção de ser diferente dos demais e inapropriado no meio social, envolvendo o sentimento de isolamento, não pertencimento e inadequação (Young *et al.*, 2008). De forma semelhante ao esquema de abandono/instabilidade, o abuso de substâncias também pode funcionar como um mecanismo de evitação dos estados emocionais negativos produzidos por este EID.

Além disso, também pode agir como um mecanismo de hipercompensação do esquema, na tentativa de contrapor os sentimentos de isolamento e retraimento social. Segundo Maciel *et al.* (2013), o uso de álcool, por exemplo, tem sido associado à percepção ilusória do aumento da autoconfiança e maior facilidade no estabelecimento de relações sociais.

Deve-se considerar, ainda, que o TUS também pode representar um mecanismo de manutenção e perpetuação do isolamento social/alienação, uma vez que, frequentemente, o uso de álcool e principalmente de drogas ilícitas acaba por afastar o indivíduo de contextos sociais e familiares, reforçando as crenças de isolamento e não pertencimento. Junto a isso, é provável que o caráter desviante e proibitivo do uso de drogas também possa contribuir para o sentimento de inadequação do indivíduo ao meio social, por ser alvo de discriminação e rejeição.

A seguir, outros três EIDs apareceram com as mesmas médias ($M=2,77$) nos escores para a amostra, são eles: inibição emocional, merecimento e emaranhamento. O esquema inibição emocional caracterizado pela excessiva inibição de sentimentos e comportamentos como forma de evitar a crítica, vergonha ou perda de controle, envolve, em geral, importante prejuízo na satisfação das necessidades de espontaneidade e lazer. Com ênfase excessiva na racionalidade, indivíduos frequentemente inibem tanto a expressão de estados emocionais negativos (raiva, vulnerabilidade, agressividade), como de impulsos positivos (Young *et al.*, 2008).

Nesse contexto, acredita-se que o consumo de álcool e outras drogas ocorra de forma a lidar com estes estados emocionais não expressos e com a consequente pressão gerada pela excessiva inibição emocional. De forma semelhante ao que foi discutido no esquema padrões inflexíveis, diante da dificuldade de autoexpressão e espontaneidade e a consequente carga emocional gerada nesses indivíduos, supõe-se que o uso de substâncias funcione como uma “válvula de escape” para promover alívio imediato para as consequências emocionais do isolamento social, como um mecanismo de evitação do EID, considerando o efeito entorpecente das drogas.

Por outro lado, dada a dificuldade de interação e conexão com os outros decorrentes deste EID, o consumo abusivo de substâncias, principalmente do álcool, por seu efeito inicial

de “desinibição”, teria uma função facilitadora da interação social (Díaz *et al.*, 2011) e de maior autoexpressão espontânea, o que pode ser entendido como uma forma de hipercompensação do esquema. Vale ressaltar que estudos anteriores também têm demonstrado altos escores para este esquema em amostras clínicas (Díaz *et al.*, 2011; Karami *et al.*, 2015; Lima & Ferreira, 2015; Shorey *et al.*, 2011).

Por sua vez, o esquema merecimento, que envolve crenças de poder e superioridade e de ter direitos e privilégios especiais, é, em geral, caracterizado por comportamentos dominantes em relação aos outros e pela ausência de empatia (Young *et al.*, 2008). Nesse sentido, quando se observam os inúmeros prejuízos nas relações familiares, afetivas e sociais decorrentes do abuso de substâncias, é provável que este esteja relacionado à busca constante por prazer e satisfação individual às custas dos desejos e necessidades alheios. Tal hipótese, por sua vez, é corroborada pelos dados sociodemográficos da amostra estudada, que é majoritariamente composta por indivíduos solteiros e divorciados.

Indivíduos com este esquema tendem a desenvolver comportamentos de manipulação e de pouca empatia pelos outros (Díaz *et al.*, 2011), típicos daqueles que estão em uso recorrente de substâncias. Pela ausência de preocupação com as regras de interação social esperadas, o indivíduo pode fazer uso de drogas, de forma excessiva, com pouca consciência de suas implicações sociais, o que diminui a disponibilidade de mudança do padrão de comportamento aditivo (Díaz *et al.*, 2011) e favorece sua manutenção. Jalali *et al.* (2011) identificaram alto escore para este EID em uma amostra de dependentes de opióides, com diferença significativa quando comparado a uma amostra não clínica.

Por outro lado, já quanto ao EID emaranhamento, observa-se um envolvimento emocional excessivo com pessoas significativas, às custas da individuação e do desenvolvimento social normal, incluindo sentimentos de vazio pessoal (Young *et al.*, 2008).

A percepção de ter uma identidade individual insuficiente frequentemente gera no indivíduo sofrimento emocional decorrente de sentimentos de baixa autoeficácia e autoestima.

Assim, o abuso de substâncias pode ocorrer pela busca de uma sensação de autenticidade, individuação e liberdade, funcionando como uma estratégia de hipercompensação deste esquema (Lima & Ferreira, 2015). Além disso, considerando o sofrimento associado às crenças de menos valia e baixa autoeficácia gerados pelo esquema, o comportamento adictivo também pode ser entendido como uma forma de evitação destes estados emocionais negativos.

Lima e Ferreira (2015) discutem, ainda, a possibilidade de que o abuso de álcool e outras drogas aconteça pela dificuldade do indivíduo se desvincular de suas figuras e modelos parentais, visto que é frequente quadros de dependência de substâncias entre pais de usuários, mantendo, assim, os padrões disfuncionais de comportamento precocemente estabelecidos. Nessa hipótese, a operação em curso seria a resignação ao esquema.

Por fim, é importante considerar o conceito de codependência, amplamente difundido no campo da dependência de substâncias, que se refere a uma preocupação excessiva do indivíduo com a vida de outras pessoas, geralmente familiares, em que a obtenção de sua própria estima se dá através dos sentimentos e comportamento alheios, colocando seu bem-estar em segundo plano (Shorey *et al.*, 2013c). O codependente passa a adotar, então, comportamentos excessivamente permissivos e tolerantes com os abusos do outro, colocando as necessidades alheias acima de suas próprias. É importante destacar que tais comportamentos tanto ocorrem entre os usuários como entre os familiares, gerando uma espécie de interdependência entre ambos.

Nesse sentido, a dificuldade de individuação, autonomia e desvinculação das figuras parentais, típicas do emaranhamento, podem contribuir com os comportamentos de codependência familiar, que, por sua vez, assumem um importante papel reforçador e

perpetuador da dependência de substâncias. Isso porque, frequentemente, comportamentos de codependência e emaranhamento são percebidos tanto em usuários como em seus familiares, desenvolvendo-se de forma que se “encaixam” e se complementam.

Para Bezerra (2010), o codependente precisa da aprovação alheia e sua baixa autoestima e sentimento de culpa impedem que ele se desligue do familiar. Assim, segundo Zanelatto & Rezende (2003), cria-se uma relação parasitária, em que um dos indivíduos se alimenta dos esforços emocionais do outro. Dessa forma, por sentirem-se constantemente responsáveis pelo bem-estar do outro e culpados por seu sofrimento, familiares frequentemente adotam atitudes permissivas ao uso de substâncias, a fim de evitar conflito.

Resultados de pesquisas anteriores também revelaram altos níveis deste EID em amostras clínicas, além de diferenças significativas quando comparados aos escores em amostras não clínicas (Díaz *et al.*, 2011; Razavi *et al.*, 2012; Shorey *et al.*, 2012b). Díaz *et al.* (2011) identificaram, ainda, correlação significativa entre este esquema e o consumo prejudicial de álcool e Razavi *et al.* (2012), por análise de regressão, apontaram este EID com poder de predizer a adicção.

Quanto ao EID desconfiança/abuso, ainda apresentando escore relativamente alto na amostra investigada, estudos anteriores também revelaram altos níveis para este esquema em amostras clínicas (Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.* 2012a; 2012b; 2012d; 2013b). Zamirinejad *et al.* (2018), ainda, em uma amostra de usuários de opióides em tratamento, identificaram este EID com grande poder de predição do uso dessa substância.

Indivíduos com este esquema possuem a forte crença de estarem sendo enganados, manipulados, abusados ou alvo de prejuízo intencional (Young *et al.*, 2008), comprometendo sua vinculação social e afetiva. Consequentemente, por acreditarem que suas necessidades de estabilidade, segurança e afeto não serão atendidas, é possível que o uso de álcool e outras drogas funcione como uma saída ao sofrimento emocional associado (Young *et al.*, 2008),

uma forma de evitação do esquema. Ainda, o abuso e dependência de substâncias, que frequentemente levam a inúmeros prejuízos relacionais e isolamento social decorrente, pode se dar como um mecanismo de resignação à incapacidade de formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas, típica deste esquema.

Por fim, vale destacar o esquema de vulnerabilidade ao dano e à doença, que apresentou valor médio ($M=2,68$) muito próximo à média geral dos escores na amostra ($M=2,7$). Neste EID, caracterizado por um medo excessivo de um dano ou catástrofe iminente e inevitável (Young *et al.*, 2008), observam-se frequentemente sentimentos de insegurança, instabilidade e autoeficácia comprometida. Nesse sentido, é possível que indivíduos façam uso de substâncias como forma de lidar com a crença de que não podem impedir que danos ou catástrofes aconteçam (Shorey *et al.*, 2011), seja como forma de evitação do esquema, ou como hipercompensação, na tentativa de se contrapor aos sentimentos de impotência, limitação e vulnerabilidade (Young *et al.*, 2008).

Cabe ainda destacar o conceito discutido anteriormente acerca das expectativas de resultados quanto aos efeitos da substância consumida, como uma hipótese de que as expectativas negativas estejam ligadas ao esquema de vulnerabilidade ao dano e à doença. Isso porque, mesmo que tais expectativas, de modo geral, tenham uma importante relação com a proteção da abstinência e diminuam a probabilidade de uso, elas podem não ser suficientes para levar à evitação do abuso de substâncias, diante das crenças de que danos não podem ser evitados e dos sentimentos de insegurança e autoeficácia comprometida, típicos deste EID.

Diante do exposto, pode-se considerar que os resultados revelados neste estudo são fortemente apoiados pela literatura apresentada, indicando que EIDs, por gerarem alto nível de afeto negativo e consequências autodestrutivas, podem estar diretamente relacionados ao início e manutenção de um padrão prejudicial de consumo de substâncias. Como já fora

amplamente discutido, em resposta aos EIDs, indivíduos desenvolvem diversos mecanismos de enfrentamento a fim de reduzir suas crenças e sentimentos negativos relacionados (Ball, 1998; Young *et al.*, 2008). Tais mecanismos, em geral, são disfuncionais e desadaptativos, incluindo comportamentos de autodestrutivos, como o abuso de substâncias (Ball, 1998; Young *et al.*, 2008).

Ball (1998) foi um dos primeiros a propor que EIDs são importantes aspectos a serem considerados na compreensão e tratamento do TUS e que, portanto, a atenção simultânea ao uso de substâncias e EIDs subjacentes ao TUS pode levar a resultados terapêuticos efetivos (Ball, 1998). Tendo em vista que esquemas desadaptativos, especialmente os incondicionais, são crônicos e resistentes à mudança, acredita-se que tais esquemas possam contribuir fortemente para o desenvolvimento e manutenção do TUS. De forma complementar, se indivíduos utilizam substâncias para lidar com seus EIDs, então, é possível, ainda, que o próprio consumo também esteja reforçando seus esquemas desadaptados, tornando-os ainda mais resistentes a mudanças (Shorey *et al.*, 2011). No entanto, como ressaltado por Shorey *et al.* (2013d), pesquisas futuras são necessárias a fim de investigar longitudinalmente se e/ou como os EIDs influenciam ou são influenciados pelo abuso de substâncias.

4.3. Prevalência das estratégias de *coping* na amostra

Conforme apresentado anteriormente, os resultados revelaram fuga-esquiva como a estratégia de *coping* mais prevalente na amostra estudada ($M=2,25$; $DP=0,94$). Os dados são semelhantes aos achados de Araújo *et al.*, (2010), que, utilizando o mesmo instrumento, também observaram esta dentre as estratégias mais utilizadas em uma amostra de dependentes de crack.

De fato, não é de se surpreender que fuga-esquiva tenha sido o fator com maior prevalência, o que é consistente com estudos anteriores, que apontam o enfrentamento

evitativo como um dos principais preditores do abuso de substâncias (Brotchie *et al.*, 2007; Cooper *et al.*; 1988; Moos *et al.*, 1990; Nikmanesh, Kazemi, Khosravi, & Bahonar, 2015; Williams & Clark, 1998). Brotchie *et al.* (2007) demonstraram que os indivíduos que eram mais propensos a adotar mecanismos de evitação tinham maior severidade do uso de álcool do que demais indivíduos. O uso de estratégias de enfrentamento evitativo tem sido amplamente discutido e relacionado a uma variedade de problemas de saúde mental, incluindo o abuso e dependência de substâncias. Além disso, de modo geral, comportamentos de evitação e ausência de enfrentamento ativo e focado na solução de problemas também são relacionados a piores resultados no tratamento do TUS (Marquez-Arrico, Benaiges & Adan, 2015), o que pode estar na base de seu início e manutenção (Capella & Adan, 2017).

Capella e Adan (2017) afirmam que o enfrentamento evitativo, como o alívio de sofrimento emocional baseado na evitação, tem sido consistentemente identificado como um moderador do TUS. Além disso, indicaram que pacientes com TUS apresentam uma tendência a utilizar estratégias focadas na emoção para lidar com o estresse gerado pelo tratamento, como lidar com a fissura.

Tendo em vista o efeito entorpecente do álcool e outras drogas, é possível que indivíduos façam uso de substâncias como uma tentativa de se afastarem emocionalmente da situação estressora, evitando entrar em contato com pensamentos e sentimentos associados e se esquivando do desconforto causado. No entanto, a repetição de comportamentos de esquiva de estados emocionais negativos o impedem de desenvolver estratégias mais eficazes, reduzindo ainda mais seu repertório de enfrentamento (Figlie *et al.*, 2004), o que pode favorecer o desenvolvimento e manutenção do TUS.

Em estudo que investigou as razões para o comportamento de beber, Cooper *et al.* (1988) observaram que o uso de estratégias de *coping* indicativas de evitação emocional foram importantes preditores do abuso de álcool. Indivíduos que bebem para lidar com

eventos estressantes são mais propensos a apresentarem problemas indicativos de TUS, independentemente do seu nível de consumo. Uma possível explicação seria que, ao beber para lidar com o desconforto emocional (reforçamento negativo), como uma estratégia de evitação, indivíduos podem se tornar mais psicologicamente dependentes do álcool. O aumento da dependência psicológica, por sua vez, pode promover um consumo continuado, indicativo de quadros de abuso e dependência (Cooper *et al.*, 1998).

Moos *et al.* (1990) identificaram que adultos com problemas relacionados ao abuso de álcool utilizam mais frequentemente estratégias de enfrentamento evitativo. Outro estudo avaliando a relação entre estresse, estratégias de enfrentamento e o uso de maconha entre adolescentes, indicaram que o uso de estratégias evitativas para lidar com a raiva, por exemplo, estava significativamente associado a um aumento do uso da substância ao longo do tempo (Siqueira, Diab, Bodian, & Rolnitzky, 2001). Boden *et al.* (2014) sugeriram que estratégias como a evitação e supressão emocional estão associadas a diversas psicopatologias, como o uso de substâncias, em uma maior extensão que estratégias focadas na solução de problemas e reavaliação cognitiva.

As duas estratégias que aparecem em seguida à fuga-esquiva são aceitação de responsabilidade ($M=1,65$; $DP=0,60$) e suporte social ($M=1,63$; $DP=0,96$), com escores pouco acima da média da escala ($M=1,5$), considerando que não há valor normativo para afirmar que os escores obtidos foram altos ou baixos. Diante dos resultados, é possível supor que indivíduos tenham se identificado com itens relacionados a ambas as estratégias sob influência do momento em que foram submetidos à aplicação do questionário, isto é, na triagem de admissão ao tratamento.

Isso porque, neste momento, supõe-se que os pacientes já tenham contemplado os prejuízos relacionados ao uso de substâncias e aceitado sua responsabilidade pelos danos causados, o que os teria motivado à busca pelo tratamento. Ainda, é provável que indivíduos

tenham se identificado, no contexto da triagem, com a estratégia de suporte social, considerando a procura por apoio profissional nesse momento e que esta, em geral, é feita com apoio familiar, o que caracteriza esta estratégia de enfrentamento. Cabe ressaltar que, conforme os pressupostos de Folkman *et al.* (1986) discutidos anteriormente, a identificação dos indivíduos com determinadas estratégias de *coping*, quando avaliados, tenha sido influenciada pelos aspectos processuais e contextuais característicos do *coping* na situação específica em que é avaliado, que, no caso desse estudo, foi o momento da triagem de admissão ao tratamento.

Já no que se refere às demais estratégias de enfrentamento investigadas na amostra deste estudo, foram observados escores relativamente baixos ($M < 1,5$), conforme apresentado anteriormente nos resultados. Baixos níveis em estratégias como resolução de problemas, autocontrole e reavaliação positiva podem indicar que indivíduos desta amostra estejam utilizando menor repertório de estratégias focadas no problema, o que pode contribuir para a manutenção do TUS. Pesquisas têm demonstrado que o *coping* ativo, direcionado para a resolução de problemas, está relacionado negativamente ao sofrimento psíquico, enquanto estratégias focadas na emoção têm sido associadas a um pior ajuste psicológico e comportamental, como o uso de substâncias, além de outras desordens como a depressão, ansiedade e outras doenças crônicas (Adan *et al.*, 2017; Nikmanesh *et al.*, 2015; Scott, Hides, Allen, & Lubman, 2013). Vale ressaltar que comorbidades dessa natureza também, supostamente, estão presentes na amostra desse estudo, tendo em vista a parcela de indivíduos que fazem uso de psicotrópicos (ansiolíticos e antidepressivos) (37%), conforme discutido anteriormente.

Além disso, estudos comparando indivíduos com quadro de TUS e indivíduos saudáveis identificaram nas amostras clínicas, de modo geral, menores escores em estratégias de enfrentamento focado no problema e, ainda, maiores níveis de estratégias como o *coping*

evitativo e reação passiva (Hyman *et al.*, 2009; Kronenberg *et al.*, 2015; Moghaddam *et al.*, 2015). Outras evidências indicam que indivíduos que utilizam maior nível de enfrentamento cognitivo e comportamental tendem a consumir menos álcool e têm maior probabilidade de permanecerem abstinentes após o tratamento, enquanto aqueles que usam maior enfrentamento focado na emoção e outras respostas evitativas tendem a um padrão mais problemático de consumo de álcool e a serem mais propensos à recaída após tratamento (Cooper *et al.*, 1988)

De fato, a partir da literatura apresentada, o que se observa é que, em amostras de indivíduos com quadro de abuso e dependência de substâncias, estudos revelam maior prevalência de estratégias de enfrentamento evitativo e focado na emoção, enquanto em amostras não clínicas o enfrentamento focado no problema tende a ser mais prevalente.

Considerando conceitos de Gilpin e Koob (2008) sobre os mecanismos neuroquímicos das drogas e seus efeitos nos sistemas de recompensa e estresse do cérebro, apresentados aqui anteriormente na seção introdutória, é importante discutir o papel reforçador do uso de substâncias e sua relação com os estilos de *coping*. Pode-se supor que, quando o indivíduo utiliza com maior frequência estratégias de enfrentamento evitativo e focado na emoção para lidar com eventos estressores, entende-se que ele esteja buscando, prioritariamente, uma forma de aliviar o desconforto emocional associado. Tais comportamentos, por sua vez, podem aumentar a probabilidade de que este indivíduo recorra ao uso de substâncias como moderador dos estados emocionais negativos, tendo em vista o papel de reforçador negativo (“alívio”) e positivo (“prazer”) das drogas.

No entanto, considerando o efeito temporário das drogas nos sistemas de recompensa e estresse cerebrais, novos estados emocionais negativos irão emergir, levando a uma necessidade constante de se repetir o consumo para promover o alívio desejado. Nesse sentido, o uso continuado de substâncias pode estar funcionando como um reforçador das

estratégias de *coping* evitativo e estas, por sua vez, aumentando a probabilidade de que o indivíduo mantenha um padrão abusivo de consumo, levando à dependência.

Assim, quanto mais o indivíduo dispõe de estratégias de evitação e focadas na emoção para lidar com o estresse, menor a probabilidade de que ele se aproxime da situação em busca de uma solução eficaz, o que, ao longo do tempo, pode contribuir para uma diminuição da autoeficácia e maiores níveis de desesperança, promovendo, assim, maior desconforto emocional associado. Isso, por sua vez, pode favorecer o círculo vicioso entre consumo de substâncias e enfrentamento evitativo. Myers, Brown, & Mott (1993) sugerem que o padrão de respostas de enfrentamento cognitivo a situações de alto risco de recaída, desenvolvido ao longo do tempo, pode desempenhar um importante papel prospectivo de longo prazo, alterando a avaliação que se faz destas situações e a consequente escolha dos esforços de enfrentamento que serão empregados.

A partir disso, a idéia é que os tratamentos para o TUS busquem aumentar o enfrentamento adaptativo, incluindo estratégias ativas e focalizadas no problema, como a reavaliação positiva, autocontrole, resolução de problemas, e, ao mesmo tempo, diminuir o enfrentamento evitativo e o uso exclusivo de estratégias focadas na emoção (Boden *et al.*, 2014). De fato, as concepções cognitivo-comportamentais acerca do comportamento aditivo propõem que o enfrentamento desempenha um papel central na compreensão da relação entre situações de alto risco para uso de substâncias e os resultados obtidos ao longo do tratamento (Annis, Sklar, & Moser, 1998).

O aumento do repertório de habilidades de enfrentamento é um dos mecanismos primários de mudança nos tratamentos cognitivo-comportamentais para o TUS. Os pacientes que relatam um aumento no *coping* adaptativo e/ou uma diminuição no enfrentamento desadaptativo apresentam melhores resultados de longo prazo no tratamento (Dolan, Rohsenow, Martin, & Monti, 2013). De fato, o treinamento de habilidades de enfrentamento e

estratégias de prevenção de recaídas têm se concentrado em promover mudanças gerais no estilo de vida, visando a manutenção da abstinência e o enfrentamento eficaz de situações de alto risco de recaída (Monti *et al.*, 2005).

Diante do exposto, destaca-se a importância de que estratégias de enfrentamento sejam alvo de intervenções no tratamento do TUS, a fim de promover melhores resultados de longo prazo tanto na manutenção da abstinência como na prevenção da recaída.

4.4. Correlação entre EIDs e estratégias de *coping*

Quanto às correlações significativas obtidas entre os EIDs e estratégias de *coping* investigados na amostra, conforme apresentado nos resultados, observa-se que as correlações mais fortes obtidas foram entre a estratégia de confronto e alguns EIDs (merecimento e confronto; subjugação e confronto; vulnerabilidade ao dano e à doença e confronto; autossacrifício e confronto).

Inicialmente, considerando que esta estratégia envolve enfrentamento ativo direcionado ao evento estressor e, frequentemente, atitudes confrontativas, hostis e ofensivas frente à situação ou pessoas envolvidas, uma hipótese é que ela esteja correlacionada ao EID merecimento como um mecanismo de resignação ao mesmo. Isso porque, uma vez que indivíduos com este esquema possuem crenças de poder e superioridade aos demais, ausência de empatia e comportamentos de dominação e manipulação (Young *et al.*, 2008), é de se esperar que adotem estratégias confrontativas frente a conflitos, principalmente nas relações familiares e afetivas, comuns para indivíduos que fazem abuso de substâncias. Nesse sentido, ao lidar com eventos estressores e diante da ausência de preocupação com as regras de interação social, típica deste esquema, o indivíduo pode adotar predominantemente um estilo de enfrentamento confrontativo, como o uso abusivo de drogas, tendo em vista o caráter desviante deste comportamento.

Já quanto à correlação desta estratégia de enfrentamento com os demais EIDs (subjugação, vulnerabilidade ao dano e à doença e autossacrifício), a primeira hipótese é que a associação ocorra como um mecanismo de hipercompensação dos mesmos, funcionando como uma contraposição às crenças e sentimentos negativos associados.

No esquema de subjugação, há uma supressão emocional e das necessidades e desejos pessoais, levando a um acúmulo de emoções negativas. Consequentemente, caracteriza-se por comportamentos ora de obediência excessiva, ora de manifestações desadaptativas, como explosões de raiva, atitudes agressivas e abuso de substâncias (Young *et al.*, 2008). Tais comportamentos, por sua vez, são diretamente relacionados à estratégia de confronto e a comportamentos desajustados, como a drogadição (Janson, 2015), em que o abuso de substâncias pode ocorrer como uma forma de confronto à obediência, submissão e subjugação experimentadas. Em outras palavras, quanto mais a pessoa sente-se subjugada e sacrificando-se, mais utiliza formas conflitivas (abuso de substâncias) para lidar com essa experiência emocional negativa.

Já no esquema vulnerabilidade ao dano e à doença, uma hipótese é que a correlação positiva entre este EID e estratégias de confronto demonstrem uma sinergia entre os sentimentos de vulnerabilidade, instabilidade e insegurança e o abuso de substâncias como um comportamento confrontativo, parte de um repertório historicamente conflituoso relacionado às experiências recorrentes de vulnerabilidade. Em outras palavras, a percepção de vulnerabilidade pode estar associada a comportamentos e estratégias historicamente confrontativos e conflituosos que estiveram presentes historicamente na constituição da vulnerabilidade percebida.

Por fim, em relação ao esquema autossacrifício, conforme discutido anteriormente, por estar frequentemente associado a baixos níveis de autoestima, autoeficácia e à falta de realização pessoal, pode levar a atitudes de enfrentamento confrontativo ao lidar com a

insatisfação gerada e sentimentos de raiva e ressentimento. Tais atitudes, por sua vez, podem se dar por meio do abuso de álcool e outras drogas.

Deve-se considerar, ainda, a hipótese de que a estratégia de enfrentamento confronto esteja positivamente correlacionada aos mesmos EIDs como um mecanismo de evitação dos mesmos, como forma de bloquear o estresse e promover alívio de seus estados emocionais negativos decorrentes, seja através do comportamento aditivo, seja por meio de outras atitudes confrontativas.

A estratégia de *coping* fuga-esquiva também apresentou correlação com os dois EIDs: subjugação e padrões inflexíveis. Quanto à primeira correlação, assim como já fora discutido anteriormente para o esquema subjugação, pode-se supor que a frequente supressão das próprias necessidades e, conseqüentemente, o comprometimento da autoestima e autoeficácia levem a um enfrentamento de fuga-esquiva das situações estressoras do cotidiano. Isso pode ocorrer de forma a evitar lidar com o acúmulo de emoções negativas gerado por este esquema, o que provavelmente esteja associado ao abuso de substâncias.

Já quanto ao EID padrões inflexíveis, este pode estar negativamente correlacionado à estratégia de fuga-esquiva na medida em que indivíduos com este esquema possuem uma postura inflexível e buscam cumprir padrões elevados, tendendo a adotar estratégias de enfrentamento mais ativas e focadas na solução dos problemas. De forma oposta, é esperado que quanto menos o indivíduo busque atingir padrões elevados, mais ele tenda a adotar comportamentos de fuga e esquiva, como por meio do abuso de substâncias. Em outras palavras, comportamentos aditivos, enquanto estratégias de fuga e esquiva de pessoas ou situações estressantes, frequentemente são mais utilizados quanto menos o indivíduo apresenta autocrítica e nível elevado de exigência pessoal.

No que se refere às demais correlações, outras duas também apresentaram resultados negativos: dependência/incompetência e resolução de problemas; inibição emocional e

suporte social. Quanto à primeira, o que se sabe é que o EID dependência/incompetência é caracterizado por crenças de incompetência e incapacidade de dar conta das responsabilidades do cotidiano de forma eficaz, sem ajuda alheia (Young *et al.*, 2008), comprometendo a autoeficácia e autonomia. Consequentemente, indivíduos com este esquema tornam-se dependentes de outros, em geral de pessoas significativas, para a solução de problemas e conflitos.

Dessa forma, é provável que o desenvolvimento de um repertório de estratégias de enfrentamento mais ativas, focadas na busca de soluções eficazes, e que exijam certo nível de autonomia e autoeficácia, fique comprometido ao longo do tempo. Tal hipótese, então, seria consistente com o resultado desta correlação apresentada, estando o EID inversamente relacionado à estratégia de *coping* resolução de problemas. Em outras palavras, quanto maior a tendência do indivíduo a depender de outros para solucionar problemas cotidianos pessoais e para supri-lo afetivamente, menor o uso de estratégias de enfrentamento ativo, como é o caso da resolução de problemas. É possível, ainda, que esta correlação reflita a tendência ao abuso de substâncias como uma forma de lidar com a dificuldade de se engajar em estratégias de enfrentamento mais eficazes na solução dos problemas, como já explicitado anteriormente.

Já no que se refere à segunda correlação apresentada (correlação negativa), tem-se que indivíduos com o EID inibição emocional apresentam grande dificuldade em expressar sentimentos e comportamentos espontâneos como forma de evitar a desaprovação alheia, vergonha ou perda de controle (Young *et al.*, 2008). A partir disso, comportamentos de interação social e conexão com outros tendem a ficar comprometidos, o que pode dificultar de forma relevante a busca por suporte social como estratégia de enfrentamento em situações estressoras, tendo em vista a dificuldade de compartilhamento de sentimentos e autoexpressão típica deste esquema. Assim, é esperado que a estratégia suporte social esteja negativamente correlacionada ao EID em questão e o consumo de substâncias possa ser uma forma de lidar

com a pressão gerada pela excessiva inibição emocional e pela consequente dificuldade de busca por apoio social no enfrentamento dos problemas cotidianos.

Por fim, quanto à correlação positiva entre o EID isolamento social/alienação e a estratégia autocontrole, ressalta-se que este esquema se caracteriza pela percepção de ser diferente, inadequado e inapropriado no mundo social, o que envolve sentimentos de isolamento e não pertencimento (Young *et al.*, 2008). Pode ser que o indivíduo com este esquema apresente uma percepção subjetiva de inadequação ou de ser inapropriado socialmente e essa, por sua vez, correlacione-se com a percepção de que é necessário utilizar estratégias de autocontrole. A correlação parece refletir, portanto, a relação entre a percepção de isolamento social (“sou diferente das outras pessoas”) e de que é preciso autocontrolar-se no que tange ao abuso de substâncias, para parecer menos inadequado ou inapropriado socialmente.

De forma geral, a partir das correlações observadas no presente estudo, é relevante considerar que, conforme discutido anteriormente, as estratégias de enfrentamento utilizadas por cada indivíduo dependem da avaliação subjetiva que este faz da situação estressora. Esta avaliação individual, por sua vez, pode, de fato, ser influenciada e mediada pelos EIDs e suas crenças subjacentes, o que estaria em consonância com o conceito de *coping* de Folkman *et al.* (1986) e seus aspectos processuais e contextuais, sendo as estratégias de coping em determinada situação o resultado do que o indivíduo realmente pensa e faz diante de um evento estressor específico, seus recursos individuais disponíveis naquele contexto e as variáveis situacionais. Dessa forma, os resultados obtidos nesse estudo podem ser explicados por aspectos processuais e contextuais presentes no momento da aplicação dos instrumentos, isto é, sob influência dos EIDs ativos e estratégias de enfrentamento de cada participante no contexto da triagem para início do tratamento.

Embora tenha sido feito um esforço para compreender o papel do TUS na relação entre EIDs e estratégias de enfrentamento utilizadas ou percebidas como importante pelo indivíduo, vale ressaltar que outros fatores também podem ter contribuído para essas correlações, como experiências de aprendizagem prévia (história biográfica), temperamento, padrões transgeracionais de formas de enfrentamento diferentes do uso de substâncias, fatores de personalidade, entre outros. Para uma compreensão nessa amplitude, seria necessária uma nova agenda de pesquisas envolvendo a investigação destes fatores e sua relação com EIDs e estratégias de *coping*.

5. Considerações finais

A partir da discussão apresentada quanto aos resultados obtidos, o principal aspecto que se destaca são as correlações entre diferentes estratégias de enfrentamento (confronto, autocontrole, suporte social, resolução de problemas, fuga-esquiva, aceitação de responsabilidade) e EIDs em todos os 5 domínios: Autonomia e Desempenho Prejudicados (EIDs vulnerabilidade ao dano e à doença e dependência/incompetência), Desconexão e Rejeição (EID isolamento social), Direcionamento para o Outro (EIDs subjugação e autossacrifício), Limites Prejudicados (EID merecimento) e Supervigilância e Inibição (EIDs inibição emocional e padrões inflexíveis).

Tais resultados refletem que os indivíduos dessa amostra, com transtornos complexos como o TUS e quadros comórbidos, têm dificuldades no atendimento de todas as necessidades emocionais básicas, típicas de cada domínio de esquema, e apresentam formas de enfrentamento diversificadas, às vezes mais ou menos adaptadas. As correlações observadas em todos os domínios nos indivíduos da amostra sugerem a presença de experiências nocivas na infância e relacionamentos afetivos insatisfatórios, que não foram capazes de suprir minimamente as necessidades emocionais fundamentais para o

desenvolvimento saudável dos diferentes papéis sociais e pessoais que o indivíduo utilizará em sua vida diária (Wainer, 2016), o que pode contribuir para o surgimento e manutenção dos comportamentos aditivos.

Ainda, a partir da extensa literatura apresentada, o que se observa é que, de fato, EIDs e estratégias de *coping* podem ser importantes fatores no desenvolvimento e manutenção de quadros de abuso e consequente dependência de substâncias, conforme apontado por inúmeros estudos. Por se tratar de um transtorno de etiologia múltipla, vários fatores devem ser considerados no tratamento do TUS a fim de obter melhores resultados de longo prazo.

No entanto, apesar de um crescente número de estudos em busca de estratégias mais eficazes tanto para a prevenção como para o tratamento da dependência de substâncias, os atuais modelos terapêuticos ainda têm apresentado, muitas vezes, resultados e prognósticos pouco favoráveis. Os modelos cognitivo-comportamentais para o tratamento da dependência (Monti et. al., 2005; Marlatt & Donovan, 2009) têm se concentrado na reestruturação de crenças e comportamentos disfuncionais que estão diretamente ligados ao consumo prejudicial de substâncias, além do desenvolvimento de habilidades de enfrentamento mais eficazes para lidar com as situações de alto risco de recaída, visando prevenir ou manejar sua ocorrência. O objetivo central é identificar tais situações e aumentar o repertório de estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais para lidar com elas, a fim de promover e manter a abstinência.

Como alternativa para os modelos terapêuticos mais comumente utilizados até então, Ball (1998) propôs a TEDF que, como explicitada inicialmente, objetiva atuar sobre os EIDs e aumentar o enfrentamento adaptativo, combinando técnicas da Terapia do Esquema e do modelo de Prevenção de Recaída. Ele foi o primeiro a sugerir sistematicamente que EIDs podem fundamentar e aumentar o risco de abuso de substâncias e que o tratamento que se

concentra na modificação destes esquemas pode resultar em melhores resultados (Ball, 1998; 2007).

De fato, os estudos apresentados ao longo desta discussão apoiam os pressupostos de Ball e Young (2000) de que EIDs são altamente representados em indivíduos com TUS e que o abuso de substâncias é um importante mecanismo de enfrentamento utilizado para lidar com estes EIDs. Nesse sentido, direcionar os modelos de tratamento do TUS para a modificação dos EIDs e para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e eficazes, como propõe a TEDF, parece ser promissor na busca de melhores resultados terapêuticos para dependentes de substâncias, o que ressalta a relevância clínica do presente trabalho.

Embora tenha sido postulado que EIDs sejam profundamente arraigados, resistentes à mudança (Young, 2003; Ball, 1998) e, portanto, altamente estáveis ao longo do tempo (Riso *et al.*, 2006), especialmente os EIDs incondicionais, algumas pesquisas têm sugerido que esquemas podem ser passíveis de mudanças e ter níveis reduzidos após intervenções (Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.*, 2013b). A idéia é que o foco terapêutico seja qualitativamente diferente para cada paciente, direcionando as estratégias de intervenção para os EIDs que forem mais relevantes (Shorey *et al.*, 2012d; Young *et al.*, 2008). Vale ressaltar que o objetivo central da TEDF não é o de eliminar completamente os esquemas, visto que são egossintônicos e autoperpetuadores, mas sim reduzi-los a um nível gerenciável e aumentar o repertório de habilidades adaptativas de enfrentamento.

No entanto, apesar a relevância clínica das discussões apresentadas neste estudo, ainda assim, há uma série de questões importantes que permanecem sem resposta e indicam a necessidade de estudos adicionais. Primeiramente, como ainda não há evidências de como os EIDs se modificam após tratamento, isto é, se essa modificação decorre do aumento das habilidades de enfrentamento (Shorey *et al.*, 2013b) ou simplesmente em função da

abstinência, que, por si só, pode ser fonte de novas estratégias de enfrentamento (Roper *et al.*, 2010), pesquisas são necessárias para investigar quais os reais componentes que, de fato, provocam modificações nos EIDs.

Além disso, é possível que indivíduos façam uso de substâncias como forma de enfrentamento aos aspectos cognitivos e emocionais negativos dos EIDs, o que seria consistente com o que fora amplamente discutido aqui. No entanto, também é possível o abuso de substâncias esteja contribuindo para o desenvolvimento e aumento nos níveis dos EIDs e dificultando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, sendo necessárias pesquisas longitudinais que melhor avaliem esta relação.

Quanto às limitações deste estudo, uma delas refere-se à composição da amostra, tendo em vista seu caráter não homogêneo e tamanho reduzido. Pesquisas com amostras maiores poderiam permitir uma compreensão mais ampla e aprofundada das variáveis nesta população, além de permitir a generalização dos dados através da utilização de estatísticas paramétricas, sendo possível, ainda, compreender se há relação de predição entre as variáveis e o TUS.

Além disso, é importante considerar que, embora os participantes não tenham sido avaliados quanto à presença de outros transtornos mentais em comorbidade, a presença de transtornos de humor e ansiedade na amostra, que é indicada pelo uso de psicotrópicos (ansiolíticos e antidepressivos) por uma grande parcela dos participantes, pode ter exercido influência direta nos resultados, tanto nos níveis de EIDs como nas estratégias de *coping* apresentadas. Ainda, o presente estudo não objetivou avaliar qualquer relação de causalidade entre as variáveis pesquisadas, mas sim, investigar sua ocorrência e prevalência na amostra e as possíveis relações entre elas e o TUS, a partir da literatura levantada. Nesse sentido, sugere-se que pesquisas longitudinais sejam realizadas a fim de investigar esta relação de forma mais sistemática, de modo que os achados possam ser mais aprofundados. Ainda, uma

comparação entre grupos clínicos e não clínicos também seria metodologicamente de grande relevância.

Apesar de suas limitações, considerando os objetivos centrais deste estudo, pode-se dizer que os achados possibilitaram uma compreensão mais ampla do funcionamento dos EIDs e estratégias de *coping* na amostra e sua possível relação com o TUS, a partir da literatura apresentada. A compreensão e o tratamento da dependência química é um processo contínuo e de longo prazo e dificilmente um único modelo de intervenção terapêutica conseguirá reunir todos os recursos necessários nas diversas fases de tratamento. No campo acadêmico, estudos sobre a eficácia das diversas modalidades de tratamento ainda são insuficientes e não determinantes. O que se observa é que o tratamento farmacológico não se mostra unicamente eficaz na redução do consumo de drogas ou na completa abstinência, demonstrando a importância de estratégias terapêuticas aliadas, com base, essencialmente, na reestruturação cognitiva e na modificação de comportamentos que facilitam a manutenção da dependência.

Apesar de haver uma ampla literatura sobre a associação entre o uso de substâncias e as cognições e emoções, estudos que investiguem a relação entre EIDs ou estratégias de *coping* e os comportamentos aditivos ainda são escassos no Brasil. Mais especificamente quanto à relação entre ambas as variáveis e o transtorno por uso de substâncias, não foi identificado, até o momento, nenhum estudo. Nesse sentido, vale ressaltar que os resultados discutidos neste trabalho contribuem com a literatura científica relativa ao tema em questão, subsidiando novos estudos nessa direção. Além disso, possui uma importante implicação clínica no intuito de fomentar futuras pesquisas acerca da eficácia de estratégias terapêuticas inovadoras e promissoras, como a TEDF, ainda pouco estudada no Brasil, a fim de se obter resultados mais eficazes no tratamento do TUS.

6. Referências

- Aaron, D. J. (2013). Early maladaptive schemas and substance use: Implications for assessment and treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(4), 193-200. doi: <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31827d8763>
- Adan, A., Antúnez, J. M., & Navarro, J. F. (2017). Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research*, 251, 325-332. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.035>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a ed.) [Versão digital]. Recuperado de <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeuador/2015/DSM%20V.pdf>
- Annis, H. M., Sklar, S. M., & Moser, A. E. (1998). Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. *Addictive Behaviors*, 23(1), 127-131. doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00024-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00024-5)
- Araújo, R. B., Castro, M. G., Oliveira, M. S., & Pedroso, R. S. (2009). Estratégias de coping para o manejo do craving em dependentes de tabaco. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 89-94. Recuperado de <http://submission.scielo.br/index.php/rbp/article/view/3303>
- Araújo, R. B., Pansard, M., Boeira, B. U., & Rocha, N. S. (2010). As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Clinical & Biomedical Research*, 30(1), 36-42. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/11572/7509>
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 305-321. doi: <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.305>
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883-891. doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00067-7)
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83. doi: <https://doi.org/10.1521/pedi.15.1.72.18642>
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270-281. doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80083-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80083-8)
- Beck, A. T.; Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Bezerra, J. A. (2010). *Doze Passos: elementos terapêuticos para codependência*. (Monografia). Instituto Superior de Ciências da Saúde, Salvador-BA.
- Boden, M. T., Kimerling, R., Kulkarni, M., Bonn-Miller, M. O., Weaver, C., & Trafton, J. (2014). *Coping* among military veterans with PTSD in substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(2), 160-167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.03.006>
- Bojed, F. B., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 2(2), 72-76. doi: <https://doi.org/10.5812/ijhrba.10148>
- Brotchie, J., Hanes, J., Wendon, P. & Waller, G. (2007). Emotional Avoidance Among Alcohol and Opiate Abusers: The Role of Schema-Level Cognitive Processes. *Cognitive Psychotherapy*. 35(2), 231–236. doi: <https://doi.org/10.1017/S1352465806003511>
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 337-342. doi: <https://doi.org/10.1348/0144665031752916>
- Capella, M., & Adan, A. (2017). The age of onset of substance use is related to the *coping* strategies to deal with treatment in men with substance use disorder. *PeerJ*, 5, e3660. doi: <https://doi.org/10.7717/peerj.3660>
- Carlini, E. A. (supervisão) et. al., 2006. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing *coping* strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cazassa, M. J. (2007). *Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire - Short Form* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS. Recuperado de http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/20/TDE-2007-10-25T175537Z-900/Publico/395990.pdf
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. D. S. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-195. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000500003>
- Coelho, L. R. M. (2016). *Habilidades sociais e de enfrentamento no tratamento de usuários de crack* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS.
- Constant, H. M. R. M. (2013). *Influência da intervenção breve motivacional nas estratégias de enfrentamento (coping) utilizadas por usuários de álcool para cessar o uso*

(Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre-RS.

- Constant, H. M. R. M., Figueiró, L. R., Signor, L., Bisch, N. K., Barros, H. M. T. & Ferigolo, M. (2014). Tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo da versão em português do *Coping Behaviours Inventory* (CBI) para a população brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10), 2049-2056. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176513>
- Cooper, M. L., Russell, M., & George, W. H. (1988). *Coping*, expectancies, and alcohol abuse: a test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218-230. doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.218>
- Díaz, C. A. G., Arévalo, J. B., Angarita, E. V., & Ruiz, Y. S. (2011). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 362-374. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447010>
- Dolan, S. L., Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2013). Urge-specific and lifestyle *coping* strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1-2), 8-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.001>
- Elmqvist, J., Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2015). The relationship between early maladaptive schemas and eating-disorder symptomatology among individuals seeking treatment for substance dependence. *Addiction Research & Theory*, 23(5), 429-436. doi: <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1025063>
- Falcone, E. D. O., & Ventura, P. R. (2008). Entrevista com Dr. Jeffrey Young. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 1-7. doi: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20080010>
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em dependência química* (2a. ed.). São Paulo: Roca.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social psychology*, 48(1), 150-170. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, *coping*, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). *Coping*: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Formigoni, M. L. O. S., Henrique, I. F. S., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A., & Micheli, D. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199-206. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v50n2/20784.pdf>

- Forys, K., McKellar, J., & Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general *coping* skills. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1669-1680. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.11.023>
- Gąsior, K., Biedrzycka, A., Chodkiewicz, J., Ziółkowski, M., Czarnecki, D., Juczyński, A., & Nowakowska-Domagala, K. (2015). Alcohol craving in relation to *coping* with stress and satisfaction with life in the addicted. *Health Psychology Report*, 4(1), 65-78. doi: <https://doi.org/10.5114/hpr.2016.54399>
- Genderen, H. V., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical Model: schemas, *coping* styles and modes. In M. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schematherapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 27-40). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gilpin, N. W., & Koob, G. F. (2008). Neurobiology of alcohol dependence: focus on motivational mechanisms. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 31(3), 185-195. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/NIHMS140621/>
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of *coping* responses. *Addiction*, 97(10), 1259-1267. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00227.x>
- Hasking, P. A., & Oei, T. P. S. (2007). Alcohol expectancies, self-efficacy and *coping* in an alcohol-dependent sample. *Addictive Behaviors*, 32, 99-113. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.024>
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 1-17. doi: <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>
- Hyman, S. M., Hong, K. I. A., Chaplin, T. M., Dabre, Z., Comegys, A. D., Kimmerling, A., & Sinha, R. (2009). A stress-*coping* profile of opioid dependent individuals entering naltrexone treatment: A comparison with healthy controls. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 613-619. doi: <https://doi.org/10.1037/a0017324>
- Jalali, M. R., Zargar, M., Salavati, M., & Kakavand, A. R. (2011). Comparison of early maladaptive schemas and parenting origins in patients with opioid abuse and non-abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(2), 54-60. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395943/>
- Janson, D. L. (2015). Early maladaptive schemas in an Australian adult alcohol dependent clinical sample: Differences between men and women. (Trabalho de conclusão de curso). Edith Cowan University. Perth, Austrália. Recuperado de http://ro.ecu.edu.au/theses_hons/1463
- Karami, Z., Massah, O., Farhoudian, A., & O'jei, A. (2015). Early maladaptive schemas in opiate and stimulant users. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(2), 10-15. Recuperado de <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-532-en.pdf>

- Karimi, S. (2013). Early Maladaptive Schemas versus Emotional Intelligence in Substance Addicts and Non-addicts Living in Tehran. *Life Science Journal*, 10(1), 481-486. Recuperado de http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1001/076_13723life1001_481_486.pdf
- Kersten, T. (2012). Schema Therapy in Personality Disorders and Addiction. In F. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schematherapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 415-424). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S54-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Knapp, P., & Bertolote, J. M. (1994). *Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e das drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kronenberg, L. M., Goossens, P. J., Busschbach, J. van, Achterberg, T. van, & Brink, W. van den (2015). Coping styles in substance use disorder (SUD) patients with and without co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry*, 15(1), 159. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0530-x>
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília, DF.
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2014). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lima, A. C. R. de, & Ferreira, D. V. (2015). Avaliação da prevalência de esquemas iniciais desadaptativos em sujeitos usuários de álcool e outras drogas. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 23(2), 47-58. doi: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v23n2p47-58>
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 118-128. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.118>
- Lockwood, G., & Perris, P. (2015). A new look at core emotional needs. In M. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schematherapy: Theory, Research, and Practice* (pp.41-66). Oxford: Wiley-Blackwell.

- Maciel, L. Z., Tractenberg, S. G., Habigzang, L. F., & Wainer, R. (2013). Esquemas iniciais desadaptativos no transtorno por uso de álcool. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9 (2), 101-107. doi: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20130014>
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91(12s1), 37-50. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.15.x>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da recaída. Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I., & Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228(3), 752-759. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.028>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Moghaddam, M. R., Mohseni, R. A., & Khorshidi, M. R. (2015). Comparison of *Coping* and Self-esteem Styles in Drug Abuse Women and Normal Women (Case Study: Ghaemshahr City, Iran). *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*, 4(8), 442-447. Recuperado de <http://www.isicenter.org>
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2005). *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief *coping* skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92(12), 1717-1728. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02892.x>
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Fondacaro, M. R., & Moos, B. S. (1990). Approach and avoidance *coping* responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychology and Aging*, 5(1), 31-40. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.31>
- Moradi, S., & Yarahmadi, Y. (2014). Effectiveness of schema therapy on the tempting thoughts of addicts treated with methadone. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*. 5(S3), 2422-2426. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/ddb9/a2042bb6ab077202675627e75c56f87c5d98.pdf>
- Myers, M. G., Brown, S. A., & Mott, M. A. (1993). *Coping* as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome. *Journal of Substance Abuse*, 5(1), 15-29. doi: [https://doi.org/10.1016/0899-3289\(93\)90120-Z](https://doi.org/10.1016/0899-3289(93)90120-Z)
- Nikmanesh, Z., Kazemi, Y., Khosravi, M., & Bahonar, M. (2015). Comparing early maladaptive schemas and *coping* styles in drug dependent and non-dependent prisoners of Zahedan city, Iran. *Annals of Military and Health Sciences Research*, 13,

- 26-31. Recuperado de http://journals.ajauims.ac.ir/files/site1/user_files_44b4b44/zahranikmanesh-A-10-2484-1-51d328d.pdf
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2008(30 Suppl II), 88-95. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006>
- Razavi, V., Soltaninezhad, A., & Rafiee, A. (2012). Comparing of early maladaptive schemas between healthy and addicted men. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14(9), 60-63. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/309373976_Comparing_of_Early_Maladaptive_Schemas_between_Healthy_and_Addicted_Men_Article_information_Abstract
- Ribeiro, M., & Rezende, E. P. (2013). Critérios para diagnóstico de uso nocivo, abuso e dependência de substâncias. In N. Zanelatto, & R. Laranjeira (orgs.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: Um guia para terapeutas* (pp. 33-42). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Rijo, D. M. B. (2009). *Esquemas Mal-adaptativos Precoces: validação do conceito e dos métodos de avaliação*. (Tese de Doutorado). Universidade de Coimbra, Coimbra-Portugal.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ... & Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z>
- Rocha, J. C. G. da, & Junior, A. R. (2010). Aspectos de personalidade observados em uma amostra de indivíduos usuários de drogas por meio do teste Wartegg. *Revista Saúde-UNG-Ser*, 4(2), 10-22. Recuperado de <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/479>
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-215. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9252-z>
- Sá, L. G. C. (2014). *Propriedades psicométricas do Inventário de Habilidades de Enfrentamento para a Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD)*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP.
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183-201. doi: [10.1590/S1678-51771996000100009](https://doi.org/10.1590/S1678-51771996000100009)
- Scott, R. M., Hides, L., Allen, J. S., & Lubman, D. I. (2013). Coping style and ecstasy use motives as predictors of current mood symptoms in ecstasy users. *Addictive Behaviors*, 38(10), 2465-2472. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.05.005>

- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2011). Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: a preliminary investigation. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(4), 169. doi: <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e318214cd11>
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012a). An examination of early maladaptive schemas among substance use treatment seekers and their parents. *Contemporary Family Therapy*, 1-13. doi: <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9203-9>
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012b). Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 21-28. doi: <https://doi.org/10.1002/cpp.1803>
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2013a). Early maladaptive schemas of substance abusers and their intimate partners. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(3), 266-275. doi: <https://doi.org/10.1080/02791072.2013.805982>
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012c). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance Use & Misuse*, 47(1), 108-116. doi: <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.629706>
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). Early maladaptive schemas in a sample of airline pilots seeking residential substance use treatment: An initial investigation. *Mental Health and Substance Use*, 7(1), 73-83. doi: <https://doi.org/10.1080/17523281.2013.770414>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2012d). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 271-278. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.08.004>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., Anderson, S., & Strong, D. R. (2013b). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 912-922. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.21968>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013c). Differences in early maladaptive schemas in a samples of alcohol and opioid dependent women: Do schemas vary across disorders?. *Addiction Research & Theory*, 21 (2), 132-140. doi: <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.703266>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013d). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 522-527. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.12.001>
- Silva, C. J. (2013a). *Dependência Química no Brasil e o papel das organizações sociais na gestão dos serviços de tratamento: estudo do Caso UNAD – Unidade de Atendimento ao Dependente Químico*. Recuperado de

<http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/outros/TCC%20Case%20UNAD%20final%203.pdf>

- Silva, C. J. (2013b). A dependência química e o modelo cognitivo de Aaron Beck In N. Zanelatto, & R. Laranjeira (orgs.), *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: Um guia para terapeutas* (pp. 122-134). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, C. J., & Serra, A. M. (2004). Terapias cognitivas e cognitivo-comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 33-39. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500009>
- Silva, J. G. da, Cazassa, M. J., Oliveira, M. da S., & Gauer, G. C. (2012). Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos: estudo psicométrico em alcoolistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 199-205. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400002>
- Silva, J. G. da, Gauer, G. C., & Oliveira, M. da S. (2009). Esquemas Iniciais Desadaptativos em Alcoolistas: um estudo de comparação. *Revista da Graduação*, 2(2). Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/6060/0>
- Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C., & Rolnitzky, L. (2001). The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Substance Abuse*, 22(3), 157-166. doi: <https://doi.org/10.1080/08897070109511455>
- Trindade, M. T., Mossatti, R. L., & Mazzoni, C. G. (2009). Terapia do esquema: uma evolução na terapia cognitivo-comportamental. *Trabalho apresentado no XII Seminário Intermunicipal de Pesquisa de Guaíba. (01-08)*. Recuperado de <http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2009/artigos/psicologia/salao/609.pdf>.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2018*. Recuperado de <http://www.unodc.org/wdr2018/>
- Wainer, R. (2016). O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs), *Terapia cognitiva focada em esquemas* [Recurso Eletrônico]. Porto Alegre: Artmed.
- Wainer, R. & Rijo, D. (2016). O modelo teórico: Esquemas iniciais desadaptativos, estilos de enfrentamento e modos esquemáticos. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs), *Terapia cognitiva focada em esquemas* [Recurso Eletrônico]. Porto Alegre: Artmed.
- Wainer, R. G. & Wainer, G. (2016). O trabalho com os modos esquemáticos. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs), *Terapia cognitiva focada em esquemas* [Recurso Eletrônico]. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Williams, A., & Clark, D. (1998). Alcohol consumption in university students: the role of reasons for drinking, coping strategies, expectancies, and personality traits. *Addictive Behaviors*, 23(3), 371-378. doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)80066-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)80066-4)

- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas* (3a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Zamirinejad, S., Hojjat, S. K., Moslem, A., MoghaddamHosseini, V., & Akaberi, A. (2018). Predicting the risk of opioid use disorder based on early maladaptive schemas. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 202-209. doi: <https://doi.org/10.1177/1557988317742230>
- Zanelatto, N. (2011). Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira, & cols., *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 252-266). Porto Alegre: Artmed.
- Zanelatto, N. A., Rezende, M. M. (2003). Grupos Terapêuticos: uma modalidade de tratamento para co-dependência. In *Anais do XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas*. São Paulo, SP. Recuperado de https://uniad.org.br/v2/master/imgAlbum/%7B47913326-7F11-489C-AE5A-8093C7F8F702%7D_Congresso%20ABEAD%20-%20Artigo%20Grupos%20Terap..pdf

Anexo 1 - ASSIST – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test)

ASSIST - OMS Vs3.1

Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias

Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
 Entrevistador _____ Data _____

1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	Não	Sim
b. bebidas alcoólicas	Não	Sim
c. maconha	Não	Sim
d. cocaína, crack	Não	Sim
e. anfetaminas ou êxtase	Não	Sim
f. inalantes	Não	Sim
g. hipnóticos/sedativos	Não	Sim
h. alucinógenos	Não	Sim
i. opioides/opiáceos	Não	Sim
j. outras; especificar	Não	Sim

- Se "NÃO" em todos os itens, investigue:
"Nem mesmo quando estava na escola?"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6; com outras respostas continue com as demais questões;

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opioides/opiáceos	0	3	4	5	6
j. outras; especificar	0	3	4	5	6

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opioides/opiáceos	0	2	3	4	6
j. outras; especificar	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opioides/opiáceos	0	4	5	6	7
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
 b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodka, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)
 c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
 d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
 e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
 f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)
 g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
 h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
 i. opioides/opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)
 j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opioides/opiáceos	0	5	6	7	8
j. outras; especificar	0	4	5	6	7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

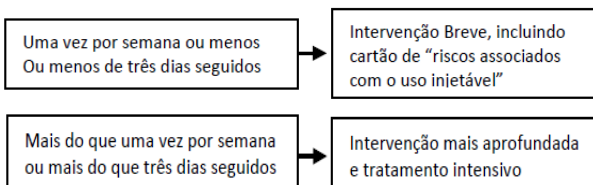
- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opioides/opiáceos	0	6	3
j. outras; especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Somente uso não prescrito pelo médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME APENAS as pontuações das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Álcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína, crack	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas ou êxtase	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opióides/opiáceos	0-3	4-26	27 ou mais
Outras; especificar	0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de Envolvimento com Substância Específica

Para cada substância (de "a" a "j") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua no cálculo as pontuações das questões 1 e 8.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

ATENÇÃO: para tabaco a questão 5 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

- Adaptação e Validação para o Brasil por HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras 50:199-206 (2004).
- Versão original desenvolvida por WHO ASSIST WORKING GROUP (2002). Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Anexo 2 - Questionário de Dados Sociodemográficos

1. Iniciais: _____ Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Profissão: _____

4. Escolaridade:

- () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
 () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
 () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
 () Pós-Graduação (Especialização) () Mestrado () Doutorado

5. Estado Civil:

- () Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a) () Viúvo (a) () Amasiado (a)

6. Número atual de filhos: () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais () Não tenho

7. Renda atual familiar:

- () menor que um salário mínimo () de um a três salários mínimos
 () de quatro a seis salários mínimos () maior que seis salários mínimos

8. Religião:

- () Católica () Espírita () Evangélica () Protestante
 () Umbanda () Budista () Adventista () Ateu
 () Espiritualizado, porém sem religião () Outra Qual? _____

9. Utiliza Medicamentos: () Sim () Não

Se sim, quais:

- () anticoncepcionais () antiinflamatórios () antibióticos
 () antidepressivos () ansiolíticos () homeopáticos
 () analgésicos () corticóides () morfina
 () anfetaminas () anabolizantes () outros: _____

10. Tratamento psicológico/psiquiátrico anterior? () Sim () Não

Se sim, por quanto tempo?

- () 1 a 3 meses () 4 a 6 meses () 7 a 12 meses () acima de ano

11. Internação anterior? () Sim () Não

Se sim, por quanto tempo?

- () 1 a 3 meses () 4 a 6 meses () 7 a 12 meses () acima de ano

Anexo 3 – Questionário de Esquemas de Young – forma reduzida (YSQ - S2)

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

Instruções: São listadas abaixo afirmações que uma pessoa poderia usar para se descrever. Por favor, leia cada afirmação e decida quão bem ela descreve você. Quando não tiver certeza, baseie sua resposta no que você sente emocionalmente, não no que pensa ser verdade. Se desejar, reescreva a afirmação para torná-la ainda mais verdadeira a seu respeito. Então, escolha a avaliação abaixo de 1 a 6 que melhor a/o descreve (incluindo suas revisões) e escreva este número no espaço que antecede a afirmação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO:

1 = Não me descreve de modo algum	4 = Descreve o meu modo de ser
2 = Acontece raras vezes e pouco descreve o meu modo de ser	5 = Descreve muito o meu modo de ser
3 = Acontece algumas vezes, mas ainda não descreve o meu modo de ser	6 = Me descreve perfeitamente

1. ____ A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo, e se importar profundamente com o que me acontece.
2. ____ Em geral, não havia pessoas para me dar carinho, segurança e afeição.
3. ____ Eu não senti que era especial para alguém, em grande parte da minha vida.
4. ____ Em geral, não tenho ninguém que realmente me escute, me compreenda, ou esteja sintonizado com minhas verdadeiras necessidades e sentimentos.
5. ____ Eu raramente tenho alguma pessoa forte para me dar bons conselhos ou orientação quando não tenho certeza do que fazer.
6. ____ Percebo que me agarro às pessoas com as quais tenho intimidade, por ter medo de que elas me deixem.
7. ____ Preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las.
8. ____ Eu me preocupo com a possibilidade de as pessoas de quem eu gosto me deixarem ou me abandonarem.
9. ____ Quando sinto que alguém com quem eu me importo está se afastando, fico desesperada/o.
10. ____ Às vezes, tenho tanto medo de que as pessoas me deixem, que acabo fazendo com que se afastem.
11. ____ Sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim.
12. ____ Sinto que não posso baixar a guarda na presença dos outros, pois eles me prejudicariam intencionalmente.
13. ____ É só uma questão de tempo antes que as pessoas me traiam.
14. ____ Desconfio muito dos motivos dos outros.
15. ____ Eu geralmente fico procurando os motivos escondidos das pessoas.
16. ____ Eu não me encaixo.
17. ____ Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.
18. ____ Eu não pertenco a ninguém; sou um/a solitário/a.
19. ____ Sinto-me alienada/o das outras pessoas.
20. ____ Sempre me sinto excluída/o dos grupos.
21. ____ Nenhum/a homem/mulher que eu desejar vai me amar depois de saber dos meus defeitos.

22. _____ Ninguém que eu desejar vai querer ficar perto de mim depois que conhecer meu verdadeiro eu.
23. _____ Não sou digna/o do amor, da atenção, e do respeito dos outros.
24. _____ Sinto que não mereço ser amada/o.
25. _____ Sou inaceitável demais, de todas as maneiras possíveis, para me revelar aos outros.
26. _____ Quase nada do que eu faço no trabalho (ou na escola) é tão bom quanto o que os outros fazem.
27. _____ Sou incompetente no que se refere a realizações.
28. _____ A maioria das pessoas é mais capaz do que eu no trabalho e em suas realizações.
29. _____ Não tenho tanto talento quanto a maioria das pessoas tem em sua profissão.
30. _____ Não sou tão inteligente quanto a maioria das pessoas no que se refere a trabalho (ou estudo).
31. _____ Não me sinto capaz de me arranjar sozinha/o no dia-a-dia.
32. _____ Penso em mim como uma pessoa dependente, no que se refere ao funcionamento cotidiano.
33. _____ Falta-me bom senso.
34. _____ Não se pode confiar em meu julgamento nas situações do dia-a-dia.
35. _____ Não confio em minha capacidade de resolver os problemas que surgem no cotidiano.
36. _____ Não consigo deixar de sentir que algo de ruim vai acontecer.
37. _____ Sinto que algum desastre (natural, criminal, financeiro, ou médico) vai acontecer a qualquer momento.
38. _____ Tenho medo de ser atacada/o.
39. _____ Tenho medo de perder todo o meu dinheiro e ficar pobre.
40. _____ Tenho medo de pegar uma doença séria, mesmo que nada de sério tenha sido diagnosticado pelos médicos.
41. _____ Não consegui me separar de meu pai/minha mãe, ou de ambos, assim como outras pessoas da minha idade parecem conseguir.
42. _____ Meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu tendemos a nos envolver excessivamente com a vida e com os problemas uns dos outros.
43. _____ É muito difícil para meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu escondermos detalhes íntimos uns dos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados.
44. _____ Muitas vezes me parece que meus pais estão vivendo por intermédio de mim – eu não tenho uma vida própria.
45. _____ Muitas vezes, sinto que não tenho uma identidade separada da de meus pais ou parceiro/a.
46. _____ Acho que se eu fizer o que quero, só vou arranjar problemas.
47. _____ Sinto que não tenho escolha além de ceder ao desejo das pessoas, ou elas vão me rejeitar ou me retaliar de alguma maneira.
48. _____ Nos meus relacionamentos, deixo a outra pessoa ter o controle.
49. _____ Sempre deixei os outros escolherem por mim, de modo que não sei realmente o que quero.
50. _____ Tenho grande dificuldade em exigir que meus direitos sejam respeitados e que meus sentimentos sejam levados em conta.
51. _____ Sou aquela/e que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próxima/o.
52. _____ Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesma/o.
53. _____ Fico tão ocupada/o fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho muito pouco tempo para mim.
54. _____ Sempre fui aquela/e que escuta os problemas de todo o mundo.
55. _____ As pessoas me vêem fazendo demais pelos outros e pouco por mim.
56. _____ Tenho muita vergonha de demonstrar sentimentos positivos em relação aos outros (por exemplo, afeição, sinais de cuidado).
57. _____ Acho embaraçoso expressar meus sentimentos para os outros.

58. _____ Tenho dificuldade em ser carinhosa/o e espontânea/o.
 59. _____ Eu me controlo tanto que as pessoas acham que não sou emotiva/o.
 60. _____ As pessoas me vêem como emocionalmente contida/o.
 61. _____ Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.
 62. _____ Tento fazer o melhor; não consigo aceitar o “suficientemente bom”.
 63. _____ Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.
 64. _____ Sinto que existe uma pressão constante sobre mim para conquistar e fazer coisas.
 65. _____ Não consigo me soltar ou me desculpar por meus erros com facilidade.
 66. _____ Tenho muita dificuldade em aceitar um “não” como resposta quando quero alguma coisa de alguém.
 67. _____ Sou especial e não deveria ter que aceitar muitas das restrições impostas às outras pessoas.
 68. _____ Detesto ser obrigada/o a fazer alguma coisa, ou impedida/o de fazer o que quero.
 69. _____ Acho que não deveria ter que obedecer às regras e convenções normais assim como os outros.
 70. _____ Sinto que aquilo que tenho a oferecer é muito mais valioso do que as contribuições dos outros.
 71. _____ Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim tarefas rotineiras ou chatas.
 72. _____ Quando não consigo atingir algum objetivo, fico facilmente frustrada/o e desisto.
 73. _____ Para mim, é muito difícil sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo a longo prazo.
 74. _____ Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo sabendo que é para o meu próprio bem.
 75. _____ Raramente consigo cumprir minhas resoluções.
-

Anexo 4 - Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

0 - não usei esta estratégia

1 - usei um pouco

2 - usei bastante

3 - usei em grande quantidade

1.	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2.	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3.	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4.	Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5.	Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6.	Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7.	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8.	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9.	Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10.	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11.	Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12.	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13.	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14.	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15.	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16.	Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17.	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18.	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19.	Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem.	0	1	2	3
20.	Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21.	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22.	Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23.	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24.	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3

25.	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26.	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27.	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28.	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29.	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30.	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31.	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32.	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33.	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34.	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35.	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36.	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37.	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38.	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39.	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40.	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41.	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42.	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44.	Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45.	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46.	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47.	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48.	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49.	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50.	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51.	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52.	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53.	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54.	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas	0	1	2	3

	outras coisas que eu estava fazendo.				
55.	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56.	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57.	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58.	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59.	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60.	Rezei.	0	1	2	3
61.	Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62.	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63.	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64.	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65.	Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66.	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Esquemas Iniciais Desadaptativos e o *Coping* no Transtorno por Uso de Substâncias**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Isabella Carvalho Oliveira Rocha (Universidade Federal de Uberlândia) e Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Universidade Federal de Uberlândia).

Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar a ocorrência e a prevalência dos esquemas iniciais desadaptativos (padrões emocionais e de personalidade) nos participantes e das estratégias de enfrentamento mais utilizadas diante das diversas situações problemáticas do cotidiano.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Isabella Carvalho Oliveira Rocha, anteriormente à aplicação de qualquer questionário, após você ter sido devidamente triado pelos profissionais da Oficina da Vida/PADEQ – UFU (Programa de Atenção ao Dependente Químico da Universidade Federal de Uberlândia). Você terá o tempo que julgar necessário para decidir se deseja participar desta pesquisa, conforme determina o Cap. III da Resolução CNS 510/2016.

Na sua participação, você responderá a dois questionários fechados contendo 75 questões o primeiro (YSQ-S2 – Questionário de Esquemas de Young – Forma Reduzida) e 66 o segundo (Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus). Além disso, você responderá a um Questionário de Dados Sociodemográficos (ex. idade, sexo, escolaridade, estado civil, etc.). A aplicação dos instrumentos atenderá às seguintes observações:

1. A aplicação dos questionários citados será feita, preferencialmente, após sua triagem de admissão ao serviço da Oficina da Vida, ou em outro momento pré-definido em conjunto com o pesquisador e o participante.
2. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada, mantendo o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.
3. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. A aplicação dos questionários citados terá duração prevista de uma hora e máxima de duas horas.
4. A pesquisa envolve risco mínimo de identificação do participante. Para minimizá-lo, os pesquisadores solicitarão que você se identifique nos questionários apenas com as iniciais de seu nome e, após a participação, os questionários preenchidos serão guardados em envelopes lacrados até o momento da análise dos dados, em local seguro. Além disso, assegura-se que nenhuma outra pessoa além dos pesquisadores terá acesso às informações contidas nos instrumentos, nem mesmo os profissionais da Oficina da Vida. As informações fornecidas são de caráter totalmente confidencial.
5. O estudo beneficiará a comunidade científica através de uma melhor compreensão dos fatores que podem estar envolvidos no Transtorno por Uso de Substâncias e da possibilidade de se pensar em estratégias mais eficazes de prevenção e tratamento, colaborando com o trabalho de profissionais que atuam na área e com os indivíduos em tratamento.
6. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você.

7. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.
8. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Isabella Carvalho Oliveira Rocha - Universidade Federal de Uberlândia – Av. Mato Grosso, 3370 / Bairro: Umuarama – (34) 3225-8079 / (34) 3225-8086

9. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, _____ de _____ de 20____

Assinatura do (s) pesquisador (es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Anexo 6 – Autorização da Instituição Coparticipante

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “Esquemas Iniciais Desadaptativos e o *Coping* no Transtorno por Uso de Substâncias” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os(as) pesquisadores(as) Isabella Carvalho Oliveira Rocha e Ederaldo José Lopes a realizarem a(s) etapa(s) de aplicação dos questionários previstos no projeto (*Questionário de Dados Sociodemográficos, ASSIST - Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias, Questionário de Esquemas de Young [YSQ-S2], Inventário de Estratégias de Coping*) nos indivíduos em tratamento na Oficina da Vida/PADEQ (Programa de Atenção ao Dependente Químico), utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Uberlândia, 19 de setembro de 2017


Universidade Federal de Uberlândia
Emineia Aparecida Vinhais

Coordenadora da Divisão de Atenção às Compulsões

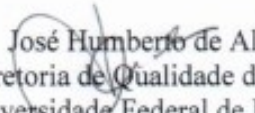
Emineia Aparecida Vinhais

Coordenadora da Divisão de Atenção às Compulsões


Universidade Federal de Uberlândia
Guilherme Leal Dias

P/ Abadia Fátima Rosa Macedo

Coordenadora de Ações em Promoção à Saúde


Universidade Federal de Uberlândia
José Humberto de Almeida
de Administração de Programas Sociais
Portaria R nº 987/08

Diretor - DIRQS (Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor)
Universidade Federal de Uberlândia

Anexo 7 – Parecer Consubstanciado do CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Esquemas iniciais desadaptativos e o coping no transtorno por uso de substâncias

Pesquisador: Ederaldo José Lopes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80699517.4.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.550.646

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta às pendências elencadas no Parecer n. 2.459.491.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é o mesmo elencado no Parecer n. 2.459.491.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios se mantêm conforme aqueles elencados no Parecer n. 2.459.491.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante e reformulado de acordo com as pendências apontadas no Parecer n. 2.459.491.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram devidamente apresentados, havendo a reformulação do TCLE conforme apontado no Parecer n. 2.459.491.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer N° 2.459.491 foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.550.646

aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: dezembro de 2018.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.550.646

• Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_980244.pdf	31/01/2018 23:36:55		Aceito
Outros	Resposta_ParecerCEP2459491.pdf	31/01/2018 23:33:42	ISABELLA CARVALHO OLIVEIRA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VERSAO2.pdf	31/01/2018 23:31:26	ISABELLA CARVALHO OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VERSAO3_Esquema_Iniciais_Desadaptativos_e_Coping_no_Transporte_por_Uso_de_Substancias.pdf	31/01/2018 23:30:58	ISABELLA CARVALHO OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao_Coparticipante.pdf	11/10/2017 11:09:49	ISABELLA CARVALHO OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromissoEquipeExecutora.pdf	22/09/2017 14:02:58	ISABELLA CARVALHO OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoFinal.pdf	22/09/2017 14:02:22	ISABELLA CARVALHO OLIVEIRA ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.550.646

UBERLÂNDIA, 19 de Março de 2018

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br